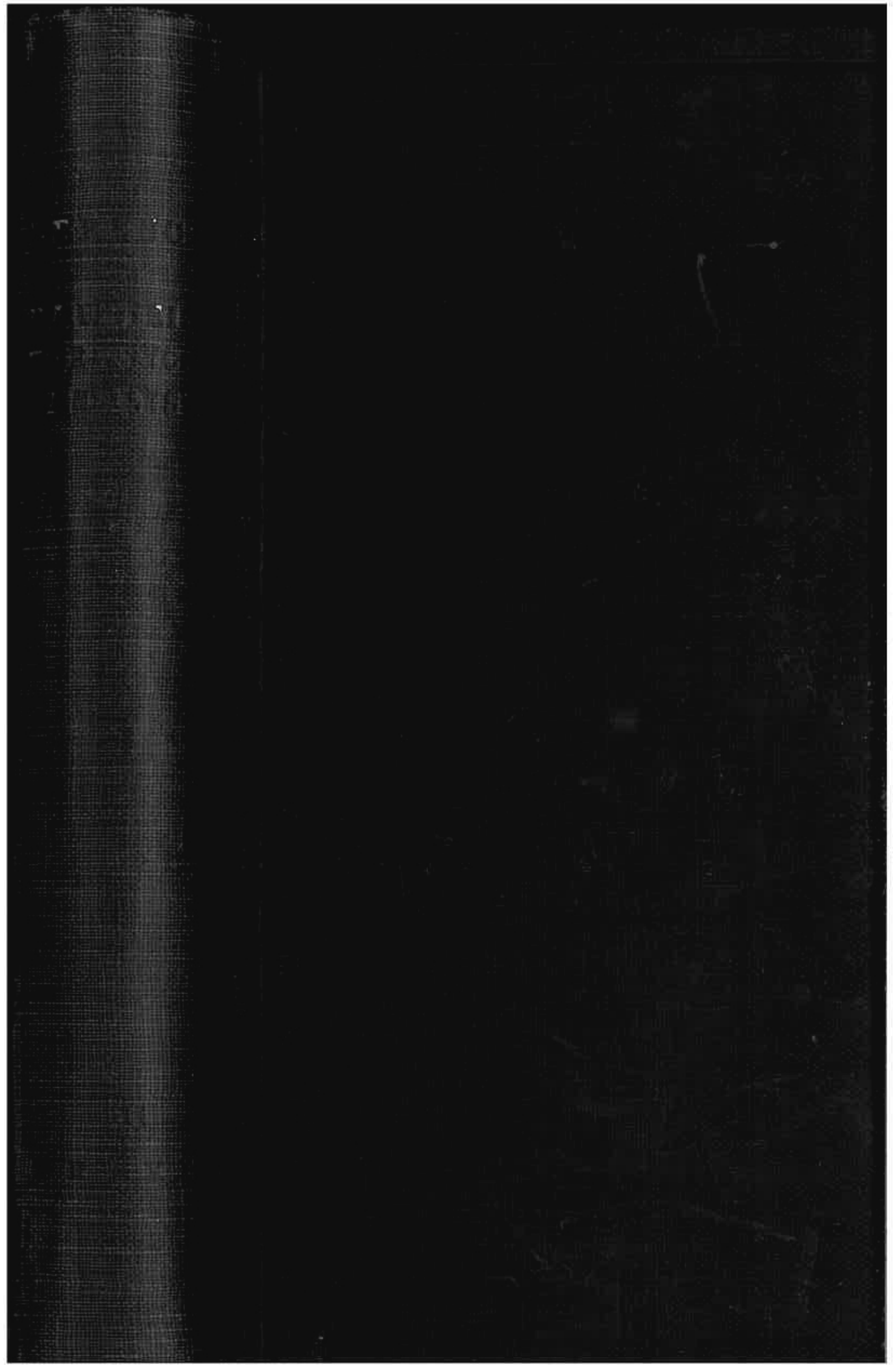


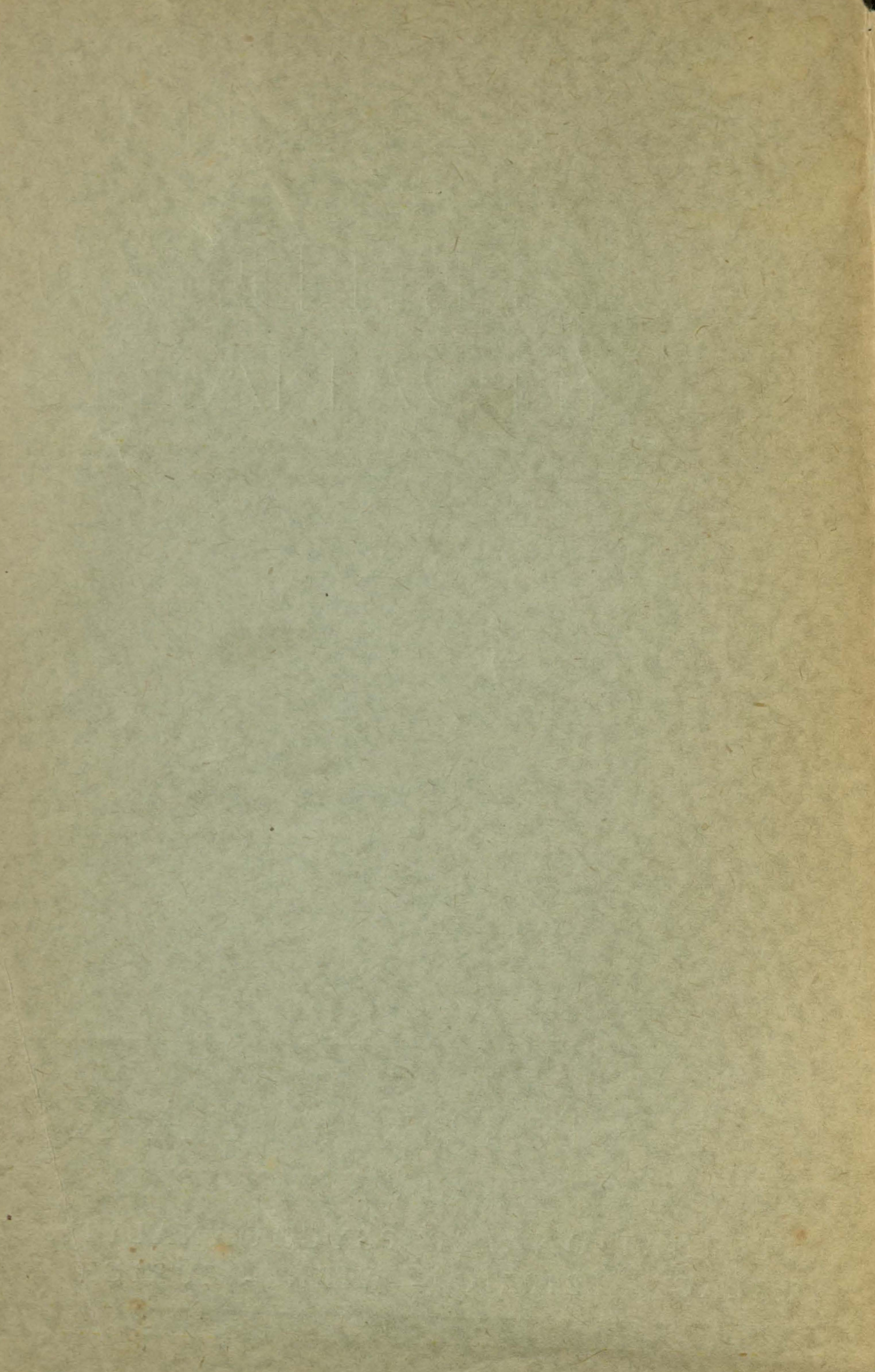

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY
DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

DR. S. FERENCZI

BAUSTEINE ZUR PSYCHOANALYSE

II. BAND: PRAXIS

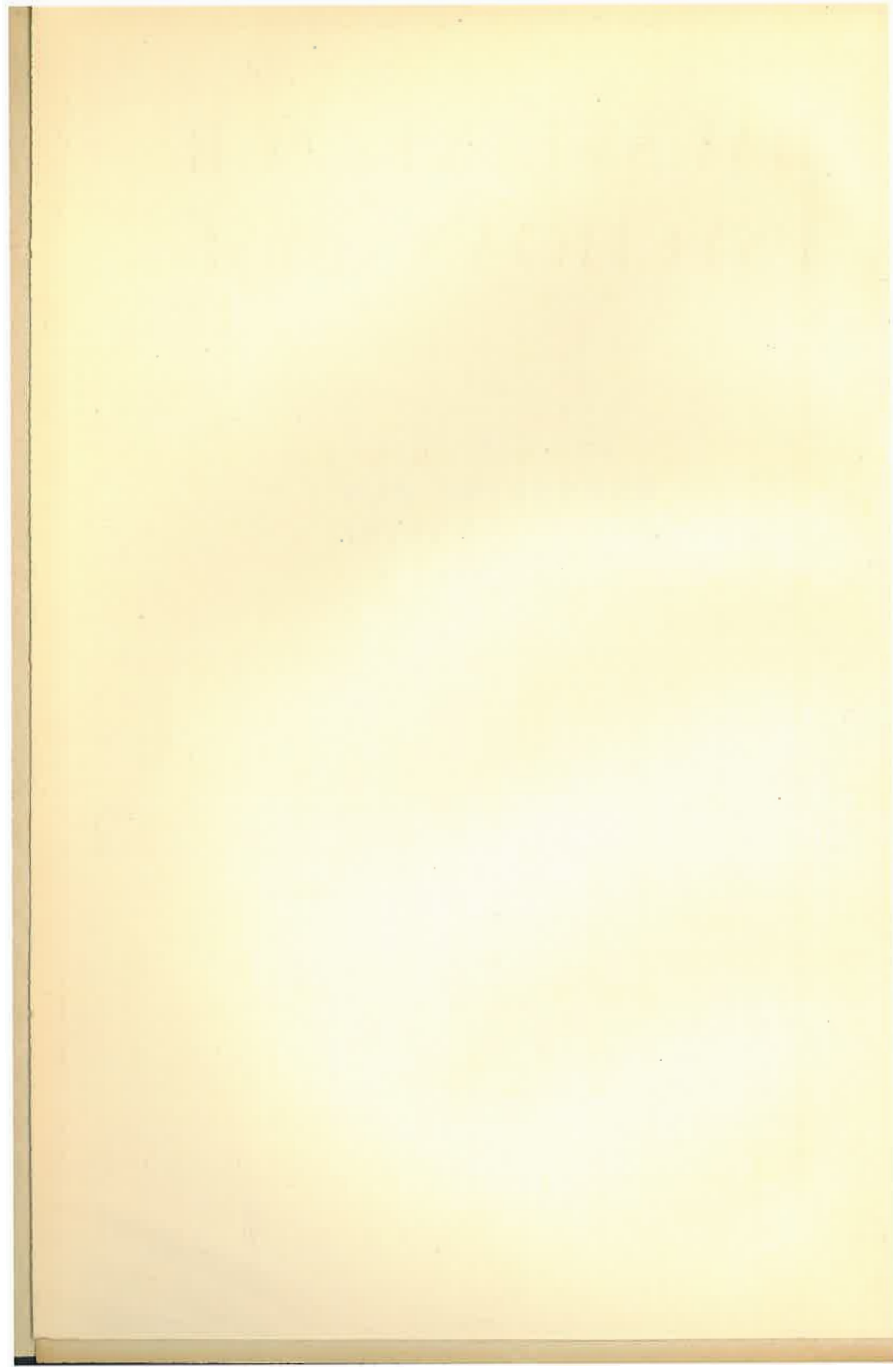
INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG / LEIPZIG – WIEN – ZÜRICH / 1927



DR. S. FERENCZI

BAUSTEINE ZUR PSYCHOANALYSE

II. BAND: PRAXIS



BAUSTEINE ZUR PSYCHOANALYSE

VON

DR. S. FERENCZI

II. BAND

PRAXIS

1927

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG

LEIPZIG / WIEN / ZÜRICH

Druck: Elbemühl, Wien, III., Rüdengasse 11

Inhalt des zweiten Bandes

In den eckigen Klammern [in Kursivschrift] ist Ort und Zeit des ersten Erscheinens der einzelnen Beiträge angegeben. Abkürzungen: „Jb" = Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen; „Zbl" = Zentralblatt für Psychoanalyse; „IZ" = Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse.

PRAXIS

Seite

Über passagère Symptombildungen während der Analyse

Passagère Konversion, Substitution, Illusion, Halluzination, „Charakterregression" und „Ausdrucksverschiebung"

(1912)

Die überzeugendsten Eindrücke von der Richtigkeit der analytischen Symptomerklärungen erhält der Arzt wie der Patient erst in der Übertragung. Solange den Kranken nur das durch die freie Assoziation gelieferte psychische Material als Beweis für die Richtigkeit der analytischen Erklärungen zu Gebote steht, mögen ihnen diese Erklärungen merkwürdig, überraschend, auch einleuchtend erscheinen: die Überzeugung von ihrer unzweifelhaften Richtigkeit, die Empfindung, daß sie die einzig möglichen Erklärungen sind, erlangen sie noch nicht, auch wenn sie sich noch so redlich bemühen, überzeugt zu werden, ja, sich das Überzeugtsein mit aller Kraft aufzwingen wollen. Es hat förmlich den Anschein, als ob der Mensch durch logische Einsicht allein überhaupt zu keinen echten Überzeugungen gelangen könnte; man muß etwas affektiv erlebt, gleichsam am eigenen Leibe empfunden haben, um jenen Grad von sicherer Einsicht zu gewinnen, der den Namen „Überzeugung"

verdient. Auch der Arzt, der die Analyse nur aus Büchern gelernt hat, ohne sich selber einer gründlichen Seelenanalyse unterzogen und praktische Erfahrungen bei Kranken gesammelt zu haben, kann sich von der Wahrheit ihrer Ergebnisse nicht überzeugen; er gewinnt höchstens einen mehr oder minder hohen Grad von Zutrauen, der zeitweise der Überzeugung sehr nahekommen mag, hinter dem aber immer noch unterdrückter Zweifel lauert.

Ich will hier eine Reihe von Symptomen anführen, die ich bei meinen Patienten während der Kur entstehen und durch die Analyse vergehen gesehen habe und die dazu beitrugen, daß der Eindruck von der Wahrheit der Freudschen Mechanismen in mir zur Gewißheit — und daß in den Patienten das Vertrauen zur Sache geweckt oder gestärkt wurde.

Die freie Assoziation und die analytische Durchforschung der Einfälle wird bei Hysterischen nicht selten durch das unvermittelte Auftreten körperlicher Erscheinungen sensibler oder motorischer Natur unterbrochen. Man wäre zunächst geneigt, diese Zustände für unliebsame Störungen der Analysenarbeit anzusehen und sie danach zu behandeln. Macht man aber mit dem Satz von der strengen Determiniertheit alles Geschehens wirklich Ernst, so wird man auch für diese Erscheinungen Erklärungen suchen müssen. Entschließt man sich dazu, unterzieht man also auch diese Symptome der Analyse, so stellt es sich heraus, daß sie eigentlich symptomatische Darstellungen von unbewußten Gefühls- und Gedankenregungen sind, die durch die Analyse aus ihrer Inaktivität (Ruhezustand, Gleichgewicht) aufgerüttelt wurden und der Bewußtseinsschwelle nahegerückt sind, aber ihres für das Bewußtsein unlustvollen Charakters wegen noch vor dem Bewußtwerden, gleichsam im vorletzten Moment, zurückgedrängt wurden, wobei ihre nicht mehr ganz unterdrückbare Erregungsmenge zum

Hervorbringen körperlicher Symptome verwendet wurde. Ein auf diese Art zustande gekommenes Symptom stellt aber nicht nur eine gewisse Erregungsmenge vor, sondern erweist sich auch als qualitativ determiniert. Richtet man nämlich auf die Eigenart des Symptoms, auf die Art des motorischen oder sensiblen Reiz- oder Lähmungszustandes, auf das Organ, in dem es sich einstellt, auf die Vorfälle und Einfälle, die der Symptombildung unmittelbar vorausgingen, seine Aufmerksamkeit und versucht es, den Sinn des Symptoms zu entdecken, so entpuppt sich jenes körperliche Symptom als symbolischer Ausdruck einer durch die Analyse angeregten unbewußten Gedanken- und Gemütserregung. Übersetzt man dann dieses Symptom vor dem Patienten aus der symbolischen in die Begriffssprache, so kann es vorkommen, daß der Patient, auch wenn er von diesem Mechanismus vorher keine Ahnung hatte, sofort unter den Anzeichen großer Verwunderung erklärt, daß jener sensorische oder motorische Reiz- oder lähmungsartige Zustand ebenso plötzlich verschwand, wie er gekommen ist. Die Beobachtung des Patienten zeigt in nicht mißverständlicher Weise, daß das Symptom nur aufhört, wenn der Patient unsere Erklärung nicht nur verstanden, sondern als richtig erkannt hat. Sehr oft verrät der Patient dabei sein „Ertapptwerden" durch Lächeln, Lachen, Erröten oder irgendein sonstiges Zeichen der Verlegenheit; nicht selten bestätigt er selber die Richtigkeit unserer Vermutung oder bringt sofort Erinnerungen aus seiner Vergangenheit, die unsere Annahme bekräftigen.

Einen der Träume einer hysterischen Patientin mußte ich als eine Wunschphantasie deuten; ich sage ihr, dieser Traum verrate, daß sie mit ihrer Lage unzufrieden, sich einen gebildeteren, liebenswürdigeren Mann von angesehenerer Stellung, besonders aber für sich schönere Kleider wünscht. In

diesem Augenblick wird die Aufmerksamkeit der Patientin durch einen plötzlich auftretenden Zahnschmerz von der Analyse abgelenkt. Sie bittet mich, ich solle ihr dagegen irgendein schmerzlinderndes Mittel oder zumindest ein Glas Wasser verabreichen. Statt dieser Aufforderung Folge zu leisten, erkläre ich der Patientin, daß sie mit diesem Zahnschmerz vielleicht nur die ungarische Redensart „Es tut mir nach diesen guten Dingen der Zahn weh" bildlich ausdrücken wolle. Ich sagte das durchaus nicht in zuversichtlichem Tone, auch wußte sie gar nicht, daß ich von dieser Mitteilung das Aufhören des Schmerzes erwarte. Und doch erklärte sie im selben Augenblick ganz von selbst und sehr verwundert, daß der Zahnschmerz plötzlich aufgehört habe.

Die nachträgliche Befragung der Patientin stellte fest, daß sie das Bestreben hatte, sich selbst gegenüber die mißliche Lage der unter ihrem Stand verheirateten Frau abzuleugnen. Die Deutung des Traumes legte aber ihre unerfüllten Wünsche in einer Weise klar, daß sie sich der Richtigkeit dieser Enthüllung nicht ganz entziehen konnte. Immerhin gelang es ihr noch, im letzten (richtiger: im vorletzten) Augenblick die Unlustzensur[1] walten zu lassen und die Anerkennung meiner Deutung durch die Brücke der Assoziation: „Der Zahn tut mir danach weh" in die Körperfühlsphäre zu drängen und so die schmerzliche Einsicht in Zahnschmerz zu verwandeln. — Die unbewußte Verwendung dieser landläufigen Redensart war vielleicht die letzte, aber nicht die einzige Bedingung der Symptombildung. Besitzt doch der psychische Raum, ebenso wie der physische, mehrere Dimensionen, daher läßt sich darin der Ort eines Punktes nur mittelst mehrerer Koordinatenachsen genau bestimmen. In die Sprache der Psychoanalyse übersetzt, heißt das: jedes Symptom ist überdeterminiert. Die Patientin kämpfte seit Kindheit mit ihrer ungewöhnlich starken Masturbations-

neigung, — für Masturbanten sind aber Zähne von besonderer symbolischer Bedeutsamkeit; auch das Moment des körperlichen Entgegenkommens ist in solchen Fällen immer zu berücksichtigen.

Ein anderes Mal bringt dieselbe Patientin ihre verdrängten infantil-erotischen Phantasien in Form einer an den Arzt gerichteten Liebeserklärung zum Ausdruck und erhält als Antwort — statt der erhofften Erwiderung — die Aufklärung über den Übertragungscharakter dieser Gefühlsanwandlung. Unmittelbar darauf bekommt die Patientin eine merkwürdige Parästhesie auf der Zungenschleimhaut; sie ruft: „Die Zunge ist mir plötzlich wie abgebrüht." Meine Erklärung, daß sie mit dem Worte „abgebrüht" nur ihre Enttäuschung über die abgewiesene Liebeswerbung ausdrücken wolle, will sie zunächst nicht akzeptieren, doch das plötzliche und sie höchlichst überraschende Verschwinden der Parästhesie nach meiner Aufklärung stimmt sie nachdenklich und sie gibt allsogleich zu, daß ich mit meiner Vermutung recht behalten dürfte. Auch in diesem Falle war die Bevorzugung der Zunge als Schauplatz der Symptombildung durch mehrere Bedingungen determiniert, deren Analyse das Eindringen in tiefere Schichten unbewußter Komplexanteile ermöglichte.

Ungemein häufig drücken Patienten ein plötzlich auftretendes seelisches Leid durch passagère Herzschmerzen aus, das Gefühl der Erbitterung durch ein bitteres Gefühl auf der Zunge, Sorgen durch plötzlich auftretenden Kopfdruck. Ein Neurotiker sagt mir seine gegen mich (richtiger: gegen seinen Vater) gerichteten aggressiven Absichten gewöhnlich in Form von Empfindungen, die er an jenen Körperstellen verspürt, an denen sein Unbewußtes m i c h verletzen möchte: das Gefühl, als ob er plötzlich einen Schlag auf den Kopf erlitten hätte, entpuppte sich als Totschlagsabsicht, ein Stich in der Herz-

gegend als die Absicht des Erstechens. (Er ist im Bewußten Masochist und seine aggressiven Phantasien können nur in Form der selbstverbüßten Talion-Strafe [Aug' um Aug', Zahn um Zahn] ins Bewußtsein vordringen.) Ein Patient bekam regelmäßig ein eigenartiges Schwindelgefühl, sobald wir auf Dinge zu sprechen kamen, die sein mangelhaftes Selbstvertrauen allzu stark in Anspruch nahmen. Die Analyse führte zu infantilen Erlebnissen, bei denen er in ziemlich bedeutender Höhe sich so hilflos vorkam, daß er schwindlig wurde. Plötzlich auftretende Hitze- oder Kälteempfindung mag analog benannte Gemütsbewegungen beim Patienten bedeuten oder konvertiert die Idee darstellen, daß der Patient beim Arzte solche Gefühle vermutet.

Eine „fürchterliche Schläfrigkeit" überkam eine Patientin jedesmal, wenn sie der ihr unangenehm werdenden Analyse auf kurzem Wege entkommen wollte. Eine andere wollte damit ihre unbewußten erotischen Phantasien andeuten, die an diesen Schlafzustand assoziiert waren; sie gehörte zu jenen Personen, die sexuelle Phantasien nur ohne allen Selbstvorwurf, d. h. nur in Form der erlittenen Notzucht ertragen können.

Auch im Gebiete der Motilität kann man solche passagère Konversionen — wenn auch viel seltener — beobachten. Ich meine damit nicht die „Symptomhandlungen" im Sinne von Freuds Alltags-Psychopathologie, die höher zusammengesetzte koordinierte Handlungen sind, sondern isolierte, mitunter schmerzhafte Krämpfe in einzelnen Muskeln oder plötzlich einsetzende lähmungsartige Schwächezustände in denselben.

Ein Neurotiker, der durchaus homosexuell bleiben und der sich mächtig vordrängenden heterosexuellen Erotik auf alle mögliche Art entfliehen will, bekam jedesmal einen Krampf im linken Unterschenkel, wenn es ihm während der

Analyse gelang, Phantasien, die Erektion hervorzurufen drohten, zu unterdrücken. Die symbolische Identifizierung „Bein = Penis, Krampf = Erektion“ fand der Patient selbst heraus. Einziehung der Bauchwand mit oder ohne das Gefühl der Retraktion des Penis stellte sich bei einem Patienten jedesmal ein, wenn er sich dem Arzte gegenüber mehr Freiheiten herausnahm, als ihm sein infantil eingeschüchtertes Unbewußtes gestatten wollte. Der Krampf war nach dem Ergebnisse der Analyse eine Schutzmaßregel gegen die befürchtete Strafe — die Kastration. Nicht selten läßt sich das krampfhafte Ballen der Faust als Angriffsneigung, eine Kontraktur der Kaumuskeln als Nichtsprechen oder als Beissenwollen demaskieren.

Vorübergehende Schwächezustände der ganzen Muskulatur oder gewisser Muskelgruppen lassen sich manchmal als Symptome der moralischen Schwäche oder des Nichtwollens irgend einer Handlung erklären. Der Kampf zwischen zwei gleich starken Tendenzen kann sich wiederum — wie im Traum — in einem Gehemmtsein gewisser Bewegungen äußern.

Bei der Analyse solcher flüchtiger Konversionssymptome erfährt man zumeist, daß ähnliches im Leben der Patienten schon vorgekommen ist; man muß dann nach den Anlässen forschen, durch die sie seinerzeit hervorgerufen wurden. Es kommen aber auch flüchtige Symptome vor, die dem Patienten ganz neuartig erscheinen und die er vor der Analyse nicht erlebt haben will; auch in solchen Fällen bleibt es allerdings zumeist unentschieden, ob sie nicht nur der vor der Analyse noch minder geschulten Introspektion des Kranken entgangen sind. Von vornherein ist aber die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß die Analyse, indem sie in sehr unlustvolle Schichten der Seele vordringt und deren scheinbare Ruhe stört, die Patienten zwingen kann, auch ganz neue Symptombildungs-Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Im gewöhnlichen Leben

oder bei der nichtanalytischen Behandlung hätte eben die Gedankenverknüpfung recht weit von den unlustvollen Bezirken Halt gemacht.

Auch flüchtige Zwangserscheinungen können in der Kur zum Vorschein kommen. Etwas der Zwangsvorstellung Ähnliches steckt eigentlich in jedem noch so sinnlosen Einfall, der sinnvolle aber verdrängte Vorstellungen im Bewußten substituiert. („Ersatz-Einfälle" nach Freud.) Es kommt aber manchmal zur Produktion anscheinend unsinniger Vorstellungen von wirklichem Zwangscharakter, die also das Denken des Patienten förmlich obsedieren und nur der analytischen Aufklärung weichen. Ein zwangsneurotischer Patient z. B. unterbricht die freie Assoziation urplötzlich mit dem Einfall: er verstehe nicht, warum das Wort Fenster gerade ein Fenster bedeute; warum die Buchstaben F-e-n-s-t-e-r, die doch nur sinnlose Geräusche und Töne sind, einen leibhaftigen Gegenstand bedeuten sollen. Der Versuch, ihm zum weiteren Assoziieren zu bringen, mißlingt; die Idee der Bedeutung des Wortes Fenster beherrscht den Patienten so stark, daß er keinen neuen Einfall mehr hervorbringen kann. Ich lasse mich eine Weile von dem intelligenten Patienten täuschen, gehe auf seine Idee ein und spreche etwas über die Theorien der Sprachbildung. Doch bald sehe ich ein, daß dem Patienten nichts an der Erklärung gelegen ist, die Vorstellung bleibt weiter zwanghaft haften. Da fällt es mir ein, daß das ein Stück Widerstand sein könnte, und ich sinne nach, wodurch es wohl ausgelöst worden sein mag. Ich denke nach, was diesem Zwangseinfall in der Analyse vorausging, und erinnere mich, daß ich dem Patienten unmittelbar vor jenem Einfall die Bedeutung eines Symbols erklärte und er mit einem gefälligen „Ja" meine Erklärung anzunehmen schien. Nun gebe ich meiner Vermutung Ausdruck, daß der Patient jene Erklärung

eigentlich nicht gutheißen konnte, den Widerspruch dagegen aber verdrängte. In jenem Zwangseinfall, „warum die Buchstaben F-e-n-s-t-e-r gerade ein Fenster bedeuten," kehrte dann der verdrängte Unglaube in verschobener Weise wieder. Es sollte eigentlich heissen: „warum bedeutet jenes vorher erklärte Symbol gerade jenen Gegenstand". Mit dieser Erklärung war die Störung beseitigt.

Der indirekte Widerspruch, der sich hier als Zwangserscheinung ganz unbewußt bildet, hat seine Quelle offenbar in ähnlichen bewußten Reaktionen kleiner Kinder, die durch ihren Mangel an Mut und Selbstvertrauen zu dieser mittelbaren Sprache gezwungen sind, wenn sie einem Erwachsenen widersprechen möchten.[1]

Ein anderer Zwangsneurotiker gab seinen Unglauben auf andere Art zu erkennen. Er fing an, Fremdwörter, die ich gebrauchte, nicht mehr zu verstehen, dann — als ich ihm die Fremdwörter ein Weile getreulich übersetzte — behauptete er, daß er nunmehr auch die Muttersprache nicht verstehe. Er gebärdete sich förmlich wie blöde. Da erklärte ich ihm, daß er mit seinen Unverständnis unbewußt seinem Unglauben Ausdruck gibt. Eigentlich wollte er mich (meine Ausführungen) verhöhnen, verdränge aber diese Neigung und stelle sich blöde, als wollte er sagen: wenn ich diesen Unsinn anerkenne, bin ich ein Narr. Von da an verstand er meine Erklärungen vorzüglich.[2]

1) Ich sagte einmal einem 5jährigen Knaben, er brauche sich vor dem Löwen nicht zu fürchten; der Löwe laufe davon, wenn er ihm nur fest in die Augen sehe. „Und nicht wahr, auch das Lamm kann einmal den Wolf auffressen", war seine nächste Frage. „Du hast meine Erzählung vom Löwen wohl nicht geglaubt", sage ich darauf. „Nein, wirklich nicht, — aber bitte, seien Sie mir darum nicht böse", antwortete der kleine Diplomat.

2) Analytische Erfahrungen machen es höchst wahrscheinlich, daß manche intelligente Kinder vor dem Verdrängungsschube der

Einem dritten Neurotiker fiel merkwürdigerweise zwanghaft die slavische Bezeichnung des Wortes Arzt *(Lekař)* ein. Der Zwang rührte vom deutschen Homonym dieses Wortbildes her, einem Schimpfwort, das der ethisch hochstehende Mann nur indirekt verlautbaren konnte.

In seltenen Ausnahmefällen kommt es zum Hervorbringen echter Halluzinationen in der Analysenstunde. (Viel häufiger natürlich zu Erinnerungen von besonderer Klarheit und Gegenwärtigkeit, denen gegenüber aber der Patient sich immerhin noch objektiv verhalten, d. h. deren Unwirklichkeit er richtig bewerten kann.)

Eine meiner Patientinnen zeigte eine besondere Fähigkeit zu Halluzinationen, deren sie sich stets bediente, wenn die Analyse auf gewisse, ihr besonders unlustvolle Dinge stieß. In solchen Fällen pflegte sie den Faden der freien Assoziation plötzlich fallen zu lassen und produzierte statt solcher echte Halluzinationen ängstlichen Inhalts: sie sprang auf, verkroch sich in einem Winkel des Zimmers, machte unter den Anzeichen heftiger Angst krampfhafte Abwehr- und Schutzwehrbewegungen, um sich bald darauf zu beruhigen. Nachdem sie zur Besinnung kam, konnte sie mir den Inhalt der halluzinierten Vorgänge genau erzählen und es stellte sich dabei heraus, daß es in dramatisierter oder symbolisierter Form dargestellte Phantasien waren (Kämpfe mit wilden Tieren, Vergewaltigungsszenen usw.), die an die der Halluzination unmittelbar vorausgegangenen Einfälle anknüpften und deren Analyse meist neues Erinnerungsmaterial zutage förderte und der Patientin große Erleichterung verschaffte. Die halluzinatorisch-symbolische Darstellung war

Latenzzeit, bevor sie die „große Einschüchterung" durchgemacht haben, die Erwachsenen für gefährliche Narren halten, denen man die Wahrheit nicht ohne die Gefahr, dafür bestraft zu werden, sagen kann, auf deren Inkonsequenzen und Narrheiten man also Rücksicht nehmen muß. Die Kinder haben damit nicht so ganz unrecht.

also nur das letzte Mittel, um dem Bewußtwerden gewisser Einsichten zu entgehen. Es war auch in diesem Falle schön zu beobachten, wie die Assoziationen sich einer bewußten Erkenntnis allmählich näherten, um im vorletzten Moment plötzlich auszugleiten und die Erregung auf die Sinnessphären regredieren zu lassen.

Nicht selten treten vorübergehende illusionäre Täuschungen in der Analysenstunde auf (besonders solche des Geruchsinnes). In einem Falle ließ sich eine illusionäre „Veränderung der Wahrnehmungswelt“ in der Analyse feststellen. Ich bemühte mich gerade, einer Patientin ihre von der narzißtischen Fixierung herrührende übermäßige Ambition klarzumachen und sagte ihr, daß sie glücklicher sein könnte, wenn sie das einsehen, auf einen Teil der Geltungsphantasien verzichten und sich mit kleineren Erfolgen zufriedengeben könnte. In diesem Augenblick ruft sie mit strahlendem Gesicht: „Es ist wunderbar, jetzt sehe ich plötzlich alles, das Zimmer, den Bücherkasten so dinglich klar vor mir stehen, alles hat helle und natürliche Farben und ist im Raum so plastisch neben- und hintereinander.“ Bei näherer Befragung erfuhr ich von ihr, daß sie seit Jahren nicht so „dinglich“ sehen konnte, sondern ihr die Außenwelt matt und fahl und wie flächenhaft erschien. Die Erklärung war die folgende: Als verzogenem Kinde wurde ihr die Befriedigung aller Wünsche gewährt; seitdem sie herangewachsen ist, nimmt die tückische Welt keine solche Rücksicht auf ihre Wunschphantasien und seitdem „gefällt ihr die Welt nicht“; sie projiziert dieses Gefühl ins Optische, indem sie seitdem die Welt in der beschriebenen Weise verändert sieht. Die ihr gestellte Aussicht, durch Verzichtleistung auf einen Teil der Wunscherfüllungen zu neuen Glücksmöglichkeiten gelangen zu können, wurde gleichfalls ins Optische projiziert und äußerte sich dort als Aufhellung und dinglichere

Wirklichkeit der Wahrnehmungswelt. Diese Schwankungen der optischen Erregbarkeit kann man als autosymbolische Phänomene im Sinne Silberers auffassen, als symbolische Selbstwahrnehmung psychischer Vorgänge von der „funktionalen Kategorie". In diesem Falle wäre es übrigens richtiger, von vorübergehendem Symptomschwund als von flüchtiger Symptombildung zu sprechen.

Flüchtige Charakterregressionen möchte ich ein während der Kur recht häufiges Vorkommnis nennen, dessen Wesen darin besteht, daß gewisse Charakterzüge vorübergehend ihrer Sublimierungen verlustig gehen und plötzlich auf jene primitiv-infantile Stufe des Trieblebens regredieren, aus der sie seinerzeit ihren Ursprung nahmen.

Nicht selten meldet sich z. B. bei gewissen Patienten in der Analysenstunde ein heftiger Harndrang. Manche halten mit der Entleerung bis zum Ablauf der Sitzung zurück, andere müssen aber urplötzlich aufstehen und zur Verrichtung dieser Notdurft — manchmal unter den Anzeichen von Angst — sich aus dem Zimmer entfernen. In Fällen, wo sich die natürliche Erklärung dieses Vorfalles ausschließen ließ (und nur auf solche bezieht sich meine Mitteilung), konnte ich folgende psychische Entstehung des Entleerungskrampfes feststellen: Es waren stets sehr ambitiöse und eitle, ihre Eitelkeit aber auch vor sich selbst ableugnende Patienten, die sich durch das in der Analysenstunde hervorgebrachte psychische Material gerade in ihrem Ehrgeiz aufs empfindlichste verletzt und sich von dem Arzt gedemütigt fühlten, ohne sich diese Verletzung ihres Ichs vollkommen bewußt gemacht, logisch verarbeitet und überwunden zu haben.

Bei einem dieser Patienten war der Parallelismus zwischen dem mehr oder minder verletzenden Inhalt des analytischen Gespräches und dem Grade des Harndranges so bemerkbar, daß

ich durch das Verweilen bei einem dem Patienten sichtlich unangenehmen Thema den Harndrang hervorrufen konnte. Die analytische Aussprache über dieses Thema kann diese „Charakterregression" wieder rückgängig machen oder deren Wiederauftreten hintanhalten.

Ein solcher Vorfall läßt den von Freud festgestellten Vorgang der Regression gleichsam in flagranti beobachten. Er zeigt, daß ein sublimierter Charakterzug im Falle der Versagung — die entsprechenden Fixierungsstellen in der psychischen Entwicklung vorausgesetzt — wirklich auf jene infantile Stufe zurückfallen kann, auf der die Befriedigung des noch nicht sublimierten Triebes auf keine Hindernisse stieß. Die Redensart *„on revient toujours à ses premiers amours"* findet hier ihre psychologische Bestätigung; der in seinem Ehrgeiz Enttäuschte greift auf die autoerotische Grundlage dieser Leidenschaft zurück.

Vorübergehende Stuhlbeschwerden (Diarrhöen, Verstopfungen) entpuppten sich in der Analyse oft als Regressionen des Analcharakters. Eine Patientin bekam gegen Ende des Monats, wo sie ihren Eltern die vom Unbewußten nur ungerne hergegebene Unterstützungssumme absenden mußte, heftige Diarrhöen. Ein anderer entschädigte sich für das Honorar, indem er massenhaft Darmgase produzierte.

Fühlt sich ein Patient vom Arzte lieblos behandelt, so greift er — bei entsprechender autoerotischer Fixierung — zur Onanie. Er bringt in Form dieser Übertragung das Geständnis seiner Kindheitsmasturbation. Seinerzeit, als Kind, verzichtete er auf die Selbstbefriedigung nur, indem er dafür durch die Objektliebe entschädigt wurde (durch die Liebe der Eltern). Fühlt er sich in dieser Art Liebe enttäuscht, so wird er rückfällig. Auch Patienten, die sich nicht erinnern konnten, je onaniert zu haben, können eines Tages bestürzt mit dem Ge-

ständnis in die Stunde kommen, daß sie plötzlich einem unwiderstehlichen Zwang zur Selbstbefriedigung gehorchen mußten.

(Diese plötzlichen Regressionen zur analen, urethralen und genitalen Autoerotik geben auch die Erklärung dafür, warum in Angstzuständen [z. B. bei Prüfungsangst] die Disposition zur Betätigung dieser Erotismen so stark wird. Auch daß der Gehenkte in seiner furchtbaren Angst beide Schließmuskeln entspannt und dazu ejakuliert, dürfte nebst direkter Nervenreizung auch durch eine letzte krampfhafte Regression auf die Lustquellen des Lebens zu erklären sein. Ich sah einmal, wie ein von heftigen Kopfschmerzen und Hautjucken geplagter siebzigjähriger Nephritiker in seiner Verzweiflung Onaniebewegungen ausführte.)

Bei männlichen Neurotikern können — wenn sie sich vom Arzt unfreundlich behandelt fühlen — homosexuelle Zwangsideen auftauchen, die sich oft auf die Person des Arztes beziehen. Ein beinahe experimentell zu nennender Beweis dafür, daß die Freundschaft im Wesen sublimierte Homosexualität ist und im Falle der Versagung auf diese primitive Stufe zu regredieren geneigt ist.

Ausdrucksverschiebungen. Ich bemerkte bei einem Patienten, daß er auffallend häufig gähnte. Es fiel mir dann auf, daß er gerade solche analytische Gespräche mit Gähnen begleitete, deren für ihn wichtiger, wenn auch unlustvoller Inhalt viel eher Interesse als Langeweile hervorzurufen geeignet war. Eine Patientin, die bald nachher in meine Behandlung trat, brachte mir dann, wie ich glaube, die Lösung dieser sonderbaren Erscheinung. Auch sie gähnte oft und zu unangebrachten Zeiten, aber bei ihr war das Gähnen manchmal von Tränenfluß begleitet. Das brachte mich auf die Idee, daß das Gähnen dieser Kranken ein entstelltes Seufzen sein könnte,

und die Analyse brachte bei beiden die Bestätigung meiner Vermutung. Die Zensur bewirkte bei beiden die Verdrängung gewisser unlustvoller Gemütsbewegungen, die durch die Analyse geweckt worden sind (Schmerz, Trauer), vermochte aber nicht die volle Unterdrückung, sondern nur eine Verschiebung der Ausdrucksbewegung zustande zu bringen, die immerhin bedeutend genug war, um den wirklichen Charakter jener Gemütsbewegung vor dem Bewußtsein zu verdecken. Als ich dann — nach diesen Beobachtungen — meine Aufmerksamkeit auch bei anderen Patienten den Ausdrucksbewegungen zuwandte, stellte es sich heraus, daß es auch andere Formen von „Ausdrucksverschiebungen" gibt. Ein Patient z. B. mußte jedesmal husten, wenn er mir etwas verschweigen wollte; die beabsichtigte, dann unterdrückte Rede setzte sich doch noch als Husten durch. Wir sehen, die Verschiebung von einem Gemütsausdruck auf den anderen erfolgt längs der physiologischen Nachbarschaft (Gähnen — Seufzen; Reden — Husten). Der Husten kann übrigens auch Vertreter des bewußt oder unbewußt beabsichtigten und dann unterdrückten Lachens sein, wo dann der verschobene Ausdruck der Gemütsbewegung — wie beim echten hysterischen Symptom — auch die Strafe für die Lustbefriedigung mitenthält. Neurotische Frauen hüsteln oft, wenn sie ärztlich untersucht, z. B. auskultiert werden; auch diesen Husten glaube ich als Verschiebung der durch unbewußte erotische Phantasien ausgelösten Lachbewegungen auffassen zu können. Daß ich in einem Falle auch den vorübergehend aufgetretenen Singultus als Stellvertreter eines verzweifelten Schluchzens entlarven konnte, wird nach dem Gesagten wohl nicht mehr überraschen. — Diese in der Analyse nur flüchtig auftretenden Symptome werfen übrigens auch auf die chronischen hysterischen Symptome dieser Art (Lachkrampf, Weinkrampf) ein Licht. Schier unglaublich — aber nichts-

destoweniger wahr ist das Vorkommen einer „Ausdrucksverschiebung", auf die mich Prof. Freud aufmerksam machte. Manche Patienten produzieren ein Gurren im Magen, wenn sie etwas verschwiegen haben. Die unterdrückte Rede setzt sich in Bauchreden um.

Nebst dem zu Anfang gewürdigten didaktischen Wert für Ärzte und Patienten könnte diesen „passagèren Symptombildungen" eine gewisse praktische und theoretische Bedeutung zukommen. Sie bieten uns Angriffspunkte zur Bekämpfung der stärksten, als Übertragung verkleideten Widerstände der Patienten und erlangen dadurch praktisch-technischen Wert für die Analyse. Und indem sie uns Gelegenheit bieten, Krankheitssymptome vor unseren Augen entstehen und vergehen zu sehen, werfen sie ein Licht auf die Art des Entstehens und des Vergehens neurotischer Erscheinungen überhaupt. Sie ermöglichen es, uns von der Dynamik des Erkrankens — wenigstens für manche Erkrankungsarten — theoretische Vorstellungen zu bilden.

Wir wissen von Freud, daß die Erkrankung an Neurose in drei Etappen vor sich geht: den Urgrund jeder Neurose macht die infantile Fixierung (eine Entwicklungsstörung der Libido) aus; die zweite Etappe ist die der Verdrängung, die noch symptomlos bleibt — die dritte der Krankheitsausbruch: die Symptombildung.

Die hier gesammelten Erfahrungen über „passagère Symptombildungen" machen es wahrscheinlich, daß — wie bei diesen „Neurosen en miniature" so auch bei den großen Neurosen — es nur zur Bildung von Symptomen kommt, wenn verdrängte Komplexanteile auf innere oder äußere Anlässe hin mit dem Bewußtsein in assoziative Verbindung zu treten, d. h. bewußt zu werden drohen, und dadurch das Gleichgewicht einer früher stattgehabten Verdrängung gestört wird. Der über die Ruhe des

Bewußtseins wachenden Unlustzensur gelingt es dann, gleichsam im vorletzten Augenblick die Erregung vom progredienten Wege, d. h. vom Wege zum Bewußtwerden, abzulenken und — da die Zurückdrängung in die alte Verdrängungssituation nicht restlos gelingt — einen Teil der Erregung und der unbewußten psychischen Gebilde in den Symptomen doch zu einem wenn auch entstellten Ausdruck gelangen zu lassen.

Einige „passagère Symptome"

I

Parästhesien der Genitalgegend

(1913)

Psychosexuell impotente Patienten pflegen darüber zu klagen, daß sie ihren Penis „nicht fühlen"; andere berichten über ausgesprochenes Kältegefühl in der Genitalgegend; andere wiederum von der Empfindung des Zusammenschrumpfens des Penis; alle diese Parästhesien steigern sich im Momente eines Kohabitationsversuches. Im Laufe der Analyse sagen dann die Patienten ganz spontan, wenn sie ihren Penis „besser fühlen", wenn jenes „Kältegefühl" abnimmt, wenn das (nichterigierte) Glied etwas „konsistenter" wird, usw. Es ist nun aus technischen Gründen nicht ratsam, auf solche Klagen hin körperliche Untersuchungen vorzunehmen, in einigen Fällen konnte ich dem aber nicht ausweichen, vermochte jedoch objektiv keine besondere „Kälte", auch keine Anästhesie oder Analgesie, wohl aber Zusammengeschrumpftsein des Penis zu konstatieren. Analytisch ließ sich als unbewußte Quelle dieser Sensationen die infantile Kastrationsangst feststellen, die, wie ich es an anderer Stelle ausführte,[1] auch die Ursache jener

---

1) S. „Über passagère Symptombildungen" (Dieser Band S. 9).

Retraktionsempfindungen ist, die manche Patienten an der Peniswurzel und am Damme, besonders bei Angst vor dem Analytiker (Vater) bekommen. Einer dieser Patienten erwachte nun eines Nachts mit der Empfindung, daß er seinen Penis „überhaupt nicht fühlt“. Er bekam große Angst und mußte sich durch Betasten der Genitalien davon überzeugen, daß er (wirklich) das Glied noch besitze. Die Erklärung war folgende: als Kind wurde ihm wegen onanistischer Berührung der Genitalien mit Kastration gedroht; seither „Berührungsangst“ vor dem Genitale. Das ängstliche Hingreifen erwies sich als Kompromiß zwischen dem alten Onaniewunsch und der Angst vor der empfindlichen Strafe. („Wiederkehr des Verdrängten“). — Solche Parästhesien zeigen in ihren Schwankungen manchmal ganz gut die Besserung oder Verschlimmerung im Zustande des Patienten an. — Nebst unbewußten (onanistischen) Inzestphantasien sind Kastrationsbefürchtungen die häufigsten Ursachen der psychischen Impotenz; meist aber beide zusammen: Angst vor Kastration wegen der Inzest-Onanie.[1]

II

Der Flatus ein Vorrecht der Erwachsenen

(1913)

Es kommt vor, daß der Analysand mit der Versuchung kämpft, in der Stunde einen laut hörbaren oder auch spürbaren Flatus zu lassen; er fühlt das meist, wenn er sich gegen den Arzt auflehnt. Das Symptom bezweckt aber nicht nur die Beschimpfung des Arztes, sondern er will auch besagen, daß sich der Patient Dinge erlauben will, die ihm der Vater verbot, sich

1) S. „Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne“ (Dieser Band S. 203).

selber aber gestattete. Die erwähnte Ungeniertheit vertritt hier eben die Stelle der Vorrechte, die sich die Eltern herausnehmen, den Kindern aber strenge verbieten.

III
Unruhe gegen das Ende der Analysenstunde

(1915)

Der Patient wird, wenn der Schluß der Analysenstunde naht, manchmal unruhig. Er unterbricht das Assoziieren mit der Frage: „Ist es noch nicht vier Uhr?" oder mit der Behauptung: „Ich glaube, die Stunde ist schon zu Ende" usw. Die Analyse dieses Verhaltens ergab, daß der Patient bei früheren Gelegenheiten durch meine unvermittelte, plötzliche Mitteilung, die Stunde sei zu Ende, unangenehm berührt war. Er richtete sich beim Arzte häuslich ein, als könnte er für ewig so sicher bei seinem geistigen Führer verbleiben. Das plötzliche Aufgerütteltwerden aus diesem Wahne kann den Patienten so erschüttern, daß er sogar zur Bildung eigenartiger kleiner Symptome kommen kann.[1] Das unruhige Fragen nach der Zeit gegen das Ende der Analysenstunde ist eine Schutzmaßregel gegen diese Erschütterung; der Patient geht lieber selber weg, als daß er weggeschickt wird. Ein Pendant zu diesem Verhalten ist im Alltagsleben die übertriebene Bescheidenheit der Anspruchsvollen. Diese wollen „niemand zur Last fallen", d. h. sie flüchten vor allen Anlässen, bei denen ihre Selbstliebe durch die Wahrnehmung, jemand zur Last zu fallen, verletzt werden könnte. Der Mechanismus dieser Maßnahme erinnert an den der hysterischen Phobien, die ja auch Schutzmaßregeln gegen unlustentbindende Situationen sind.

1) „Schwindelempfindung nach Schluß der Analysenstunde" (In diesem Band S. 29).

IV

Schwindelempfindung nach Schluß der Analysenstunde
(Beitrag zur Erklärung psychogener Körpersymptome)

(*1904*)

Beim Aufstehen aus der liegenden Stellung am Schluß der Analysenstunde bekommt mancher Patient ein Gefühl des Schwindels. Die — an sich rationelle — Erklärung, daß es sich dabei um die Folgen des plötzlichen Lagewechsels handelt (Anämie des Gehirns), erweist sich bei der Analyse als gelungene Rationalisierung; in Wirklichkeit ist die Sensation beim Lagewechsel nur die Gelegenheit zur Äußerung gewisser noch zensurierter Gefühle und Gedanken. Während der Stunde gab sich der Patient sorglos der freien Assoziation und ihrer Vorbedingung: der Übertragung auf den Arzt, hin und lebt gleichsam im Wahne, er werde es immer so gut haben. Plötzlich wird er aus dieser seiner (unbewußten) Phantasie durch die Mahnung des Arztes, die Stunde sei zu Ende, aufgeschreckt, er kommt plötzlich zum Bewußtsein des wirklichen Sachverhaltes: er ist hier nicht „zu Hause“, sondern ein Patient wie jeder andere; der bezahlte Arzt und nicht der hilfreiche Vater steht ihm gegenüber. Diese plötzliche Veränderung der psychischen Einstellung, die Enttäuschung (bei der man sich ja „wie aus den Wolken gefallen“ vorkommt), mag dasselbe subjektive Gefühl hervorrufen, das man bei plötzlichem und unvorbereitetem Lagewechsel verspürt, wo man unfähig war, sich der neuen Situation durch kompensierende Bewegung und durch Korrektur mittels der Sinnesorgane anzupassen, d. h. das „Gleichgewicht“ zu bewahren, was ja das Wesen des Schwindels ausmacht. Natürlich verschwindet in den Momenten dieser Enttäuschung sehr leicht auch jener Teil des Glaubens an die Analyse, der noch nicht auf ehrlicher Überzeugung, sondern nur auf väterlichem Vertrauen beruhte, und der Patient ist plötzlich wieder

geneigter, die analytischen Aufklärungen für einen „Schwindel“ zu erklären, welche Wortbrücke das Zustandekommen des Symptoms erleichtern mag. Durch diese Feststellung wird aber das Problem nicht gelöst, nur verschoben, denn sofort erhebt sich die Frage, warum man überhaupt den Betrüger einen Schwindler nennt, d. h. für einen Menschen hält, der in einem anderen Schwindelgefühle zu erwecken versteht? Wohl nur darum, weil er imstande ist, Illusionen zu erwecken, die im Momente der Enttäuschung das Gefühl des Schwindels (in der eben beschriebenen Weise) hervorrufen werden!

Der Schluß der Analysenstunde bringt übrigens notwendigerweise auch eine andere Art psychischer „Schwankung“ mit sich. Die in der Analysenstunde genossene volle Assoziationsfreiheit muß vor dem Weggehen eingedämmt, alle logischen ethischen und ästhetischen Schranken, die die soziale Existenz erfordert, müssen wieder aufgerichtet werden. Diese vollkommene Umschaltung des Denkprozesses, seine plötzliche Unterordnung unter das Realitätsprinzip hat ein zwangsneurotischer Knabe, der dieses Schwindelgefühl nach der Stunde besonders stark verspürte, in der von ihm bevorzugten automobilistischen Terminologie einmal so ausgedrückt, daß er beim Aufstehen sein Denken auf einmal von fünfzig Kilometer auf fünfundzwanzig Kilometer bremsen muß. Diese Einschaltung der Bremsvorrichtung kann aber — wenn deren Notwendigkeit an den Patienten plötzlich herantritt — im ersten Moment mißlingen, die „Maschine“ arbeitet auch in der neuen Lage eine Zeitlang mit der alten „Geschwindigkeit“, bis es den Kompensationseinrichtungen gelingt, der Situation Herr zu werden, was dem Schwindelgefühl eine Ende macht. Am schwersten gelingt es offenbar, den konventionellen Ton in bezug auf die Erotik im ersten Moment nach der Analysenstunde wieder zu finden. Der Kranke, der soeben noch seine

intimsten Geheimnisse gedankenlos preisgab, — steht plötzlich dem Arzt als einem „fremden Herrn“ gegenüber, vor dem er sich schämen zu müssen glaubt, — sich tatsächlich schämt wie einer, der sich dabei ertappt, daß seine Kleider nicht ordnungsmäßig „zugeknöpft“ waren. Bei einer besonders empfindlichen Patientin hielt diese nachträgliche Beschämung oft eine ganze Stunde nach der Analyse an, sie hatte das Gefühl, als ob sie ganz nackt unter den Leuten herumginge.

Das hier beschriebene kleine Symptom ist von keiner besonderen pathologischen Wichtigkeit, es bereitet dem Arzte auch technisch keine Schwierigkeit, schwindet auch meist, wenn der Patient sich an die plötzlichen Umschaltungen der psychischen Einstellung gewöhnt hat. Ich beschrieb es nur, weil es ein Beispiel gibt von der Art, in der psychische Erregungszustände in die Körpersphäre überfließen, was zum Verständnis der hysterischen Konversion beitragen könnte. Im Falle des Schwindelgefühls nach Schluß der Analysenstunde kann sich das Gefühl bei der psychischen Umschaltung in die Empfindung des Schwindels wahrscheinlich nur umwandeln, weil es sich bei beiden Vorgängen um eine analoge Störung des Gleichgewichts handelt. Es ist möglich, daß die Erklärung jedes psychogenen Körpersymptoms und jeder hysterischen Konversionserscheinung die Annahme erfordert, daß zwischen dem in Frage stehenden seelischen und körperlichen Vorgang die Identität des feineren Mechanismus als tertium comparationis vorhanden sei.

V

Einschlafen des Patienten während der Analyse

(1914)

Patienten klagen während der Analyse manchmal (auf der Höhe des Widerstandes) über Schläfrigkeit, drohen sogar damit,

daß sie einschlafen werden. Sie drücken so ihre Unzufriedenheit mit der zwecklosen, unsinnigen und langweiligen Kur aus. Der Arzt erklärt ihnen, was sie mit ihrer Drohung bezwecken, worauf sie, zum Beweis dessen, daß man das Richtige getroffen hat, meist wieder munter werden. Einer meiner Patienten ließ es aber nicht mit der Drohung sein Bewenden haben, sondern schlief einigemal wirklich ein. Ich ließ ihn ruhig gewähren und wartete ab, wußte ich doch, daß er „schon mit Rücksicht auf die Kostspieligkeit der durchschlafenen Zeit" nicht lange ruhig schlafen können würde, wußte auch, daß ihm diesmal auch darum zu tun war, meine Methode, ihn reden zu lassen und selber zu schweigen, ad absurdum zu führen. Ich schwieg also und der Patient schlief richtig etwa fünf Minuten lang, schreckte aber dann auf und setzte die Arbeit fort. Er wiederholte dies drei- oder viermal. Beim letzten solchen Fall hatte er einen Traum, dessen Deutung die Annahme rechtfertigte, daß der Patient darum diese eigentümliche Art des Widerstandes wählte, weil er damit auch unbewußten passiv-homoerotischen Phantasien Ausdruck geben konnte. (Phantasie vom Überwältigtwerden im Schlafe). Ähnlich erklärt sich der Wunsch vieler Patienten, daß man sie hypnotisieren möge.

VI
Zwangsneurose und Frömmigkeit

(1914)

Zur Illustration der Theorie Freuds, daß Zwangsneurose und Religionsübung im Wesen identisch (d. h. beide Tabu-Symptome) sind, dient der Fall einer Patientin, bei der abergläubische Frömmigkeit und Zwangszustände zyklisch alternieren. Solange sie „gesund" (d. h. von Zwangssymptomen frei) ist, hält sie jedes religiöse Zeremoniell gewissenhaft ein, merkwürdigerweise insgeheim oft auch Vorschriften ihr fremder

Religionen und huldigt jedem Aberglauben, von dem sie hört. Im Moment, wo die gefürchteten Zwangssymptome auftreten, wird sie ungläubig und irreligiös. Ihre Rationalisierung für dieses Verhalten lautet: Da mich Gott (oder das Schicksal) trotz strenger Einhaltung aller Vorschriften vor der Wiederkehr der Krankheit nicht geschützt hat, unterlasse ich die nutzlosen Vorsichtsmaßregeln. In Wirklichkeit wird ihre Religion und Aberglaube überflüssig, sobald sie, aus ihr unbewußten Gründen, ihre „individuelle Religion“ (die Zwangsneurose) zu kultivieren beginnt. Wenn es ihr aber wieder besser geht, kommt sie mit den sozial anerkannten abergläubischen und Religionsübungen aus, sie wird wieder gläubig. Ich habe Gründe zur Annahme, daß die Zwangsperioden starken Libidoschüben entsprechen.

VII
Über verschämte Hände

(1914)

Es ist ein bei jungen Leuten, sehr häufig aber auch bei Erwachsenen vorkommendes Symptom, daß sie mit den Händen nichts anzufangen wissen. Ein unerklärliches Gefühl zwingt die damit Behafteten, die Hände irgendwie zu beschäftigen, sie finden aber die passende Beschäftigung nicht. Dabei wähnen sie sich diesbezüglich von den Anwesenden beobachtet, machen allerlei (meist ungeschickte) Versuche, die Hände zu betätigen, schämen sich dann ihrer Ungeschicklichkeit, was ihre Verlegenheit nur noch steigert und zu allerlei Symptomhandlungen führt: Umwerfen von Gegenständen, Gläsern, etc. Ihre Aufmerksamkeit ist jedenfalls zu stark auf die jeweilige Stellung und Bewegung der Hände gelenkt und diese bewußte Beobachtung stört die sonstige „Ungeniertheit“, d. h. den Automatismus der Haltung und der manuellen Handlungen. Manche helfen sich aus dieser Verlegenheit, indem sie die Hände unter dem Tisch

oder in die Tasche verstecken, andere ballen die Fäuste oder bringen Arme und Hände gewohnheitsmäßig in irgend eine steife Position.

Nach meiner Erfahrung handelt es sich in solchen Fällen zumeist um ungenügend unterdrückte Onanieneigung (seltener um die unvollkommen abgewehrte Tendenz zu einer anderen „Unart“ wie Nägelkauen, Nasenbohren, Sich-kratzen etc.). Die Unterdrückung der Onanieneigung gelang hier eben nur so weit, daß der Zweck der auszuführenden Bewegung (die Masturbation) nicht mehr bewußt ist, der Antrieb zu irgendeiner Bewegung aber immer noch durchdringt. Der Zwang, die Hände zu beschäftigen, ist nur die verschobene Äußerung dieser Tendenz, gleichzeitig auch der Versuch, sie zu rationalisieren. Der eigentümliche Beachtungswahn erklärt sich aus der verdrängten Exhibitionsneigung, die sich ursprünglich aufs Genitale bezog, dann auf die wenigen unbedeckt bleibenden Körperstellen (Gesicht und Hände) verschoben wurde.

Die Berücksichtigung von Tendenzen, die während der Latenzzeit verdrängt waren und zur Zeit der Pubertät sich durchzusetzen versuchen, aber vom Bewußtsein abgelehnt oder mißverstanden werden, könnte vielleicht auch andere „absonderliche“ und „komisch“ wirkende Eigenheiten des Pubertätsalters unserem Verständnis näherbringen.[1]

1) Dr. Otto Rank, verdanke ich folgende wertvolle Ergänzung obiger Mitteilung:

In einer psychologisch feinen Studie „Hände“ hat Hans Freimark mit wenigen knappen Strichen das Schicksal eines Mannes gezeichnet, den „eine kleine rauhe Bubenhand ... vor Jahren ... gelehrt hatte, daß Unart, Hehl und Sünde süß sein können.“ Der Mann scheitert in der Liebe und im Leben an der schließlichen Unfähigkeit, diese Neigung zu überwinden, was ihm nur schwer und nur zeitweise gelingt. Die mühselige und gewaltsam unterdrückte sexuelle Aktion der Hände kehrt ungewollt im Traum, im Schlafen und im Wachen

VIII

Reiben der Augen ein Onanieersatz

(1914)

Ein zwangsneurotischer Patient, in dessen Leiden die verdrängte Onanieneigung eine große Rolle spielt, reagiert auf geschlechtliche Erregung mit heftigem Jucken der Augenlider, das er durch Reiben zu lindern sucht. Ich verweise auf die symbolische Identität von Auge und Genitale.

IX

Urinieren als Beruhigungsmittel

(1915)

Wenn das kleine Kind erschrickt, wird es von der Amme auf den Topf gesetzt und zum Urinieren aufgemuntert. Das Kind beruhigt sich daraufhin sichtlich und verzichtet aufs Weinen. Kein Zweifel, daß hier dem Kinde eine Libidoprämie geboten wurde. Daß das Urinieren gerade den Schreckaffekt so gut ableitet, mag daran liegen, daß es dem Kinde eine der Plötzlichkeit des Erschreckens adäquate plötzliche Erleichterung verschafft.

wieder. „Im Schlummer empörten sich seine Hände wider ihn . . . Er band sie. Aber sie spotteten jeder Bande . . . Er ersann tausend Listen, sie zu betrügen. Sie waren listiger als er. Sie, die Glieder seines Körpers, wurden Gegner seines Körpers, Widersacher seiner Seele . . . Je mehr er sie betrachtete, um so selbständiger schienen sie ihm. Wie ihre Finger spielten, ohne daß er sich des Wollens bewußt war, das schien ihm teuflisch, das griff und klammerte, faltete und löste sich ohne sein Wissen . . . Ihm wurde Angst. Er mied es, Hände anzusehen. Aber die Hände kamen und stellten sich ihm vor. Im Traume kamen sie zuerst zu ihm . . . der Hände wurden immer mehr. Immer zudringlicher wurden sie, immer furchtbarer in ihrer Gier. Aus den Träumen reckte sich eine hinüber ins Wachen, in den Tag. Eine nur, eine kleine rauhe Bubenhand.“ Mit diesen Durchbruch der infantilen und verdrängten Vorstellung verfällt der Mann in psychische Krankheit: schreiend stürzt er durch die Straßen, sich vor den Händen zu retten, die ihn verfolgen. „Und die Hände haben Gewalt über ihn.“

X
Geschwätzigkeit

(1915)

In mehreren Fällen entpuppte sich die Geschwätzigkeit des Patienten als ein Mittel des Widerstandes. Sie redeten oberflächlich über alles mögliche Unwesentliche, um von einigem Wesentlichen nicht reden oder darüber nicht nachdenken zu müssen.

XI
Das „Vergessen" eines Symptoms und seine Aufklärung im Traume

(1914)

Eine Patientin, die die Gewohnheit hat, vor dem Schlafengehen unters Bett zu schauen, ob dort kein Räuber versteckt ist, vergaß eines Abends, diese Schutzmaßregel auszuführen. In derselben Nacht träumt ihr, daß sie von einem jungen Mann verfolgt und mit einem Messer bedroht werde. Die Assoziationen führten vom Traum einerseits zu infantilen sexuellen Erlebnissen, anderseits zu einer Phantasie vor dem Einschlafen: die sonst sehr prüde Patientin getraute sich, eine sexuelle Szene zwischen sich und ihrem jugendlichen Vis-à-vis vorzustellen. Man kann annehmen, daß das Unterlassen der Zimmerdurchsuchung dem Zwecke diente, diese Phantasie — allerdings in ängstlicher Entstellung — bei Nacht fortspinnen zu können. Da nämlich nach dem „Räuber" nicht geforscht wurde, konnte der Gedanke an ihn eher den Schlaf der Patientin „stören".

XII
Die Positur während der Kur

(1913)

In zwei Fällen verrieten männliche Patienten ihre homosexuellen Phantasien dadurch, daß sie sich während der Analyse

aus der Rücken-, beziehungsweise Seitenlage plötzlich auf den Bauch legten.

XIII
Zwanghaftes Etymologisieren

(1913)

Zwanghaftes Etymologisieren äußerte sich bei einem Patienten als Substitution der Frage, woher die Kinder kommen, durch die Frage nach der Herkunft der Worte. Diese Identifizierung wäre das pathologische Pendant zu Hans Sperbers Theorie vom sexuellen Ursprung der Sprache. (Imago, I. Jahrgang).

Zur psychoanalytischen Technik

Vortrag in der Ungarländischen Psychoanalytischen Vereinigung in Budapest im Dezember 1918

I

Mißbrauch der Assoziationsfreiheit

Auf der „psychoanalytischen Grundregel" Freuds, der Pflicht des Patienten, alles mitzuteilen, was ihm im Laufe der Analysenstunde einfällt, beruht die ganze Methode. Von dieser Regel darf man unter keinen Umständen eine Ausnahme gestatten und muß unnachsichtig alles ans Tageslicht ziehen, was der Patient, mit welcher Motivierung immer, der Mitteilung zu entziehen sucht. Hat man aber den Patienten, mit nicht geringer Mühe, zur wörtlichen Befolgung dieser Regel erzogen, so kann es vorkommen, daß sich sein Widerstand gerade dieser Grundregel bemächtigt und den Arzt mit der eigenen Waffe zu schlagen versucht:

Zwangsneurotiker greifen manchmal zum Auskunftsmittel, daß sie die Aufforderung des Arztes, alles, auch das Sinnlose mitzuteilen, wie absichtlich mißverstehend, nur sinnloses Zeug assoziieren. Läßt man sie ruhig gewähren und unterbricht sie nicht, in der Hoffnung, daß sie dieses Vorgehens mit der Zeit müde werden, so wird man oft in seiner Erwartung getäuscht;

bis man schließlich zur Überzeugung gelangt, daß sie unbewußt die Tendenz verfolgen, den Arzt ad absurdum zu führen. Sie liefern bei dieser Art oberflächlicher Assoziation zumeist eine ununterbrochene Reihe von Worteinfällen, deren Auswahl natürlich auch jenes unbewußte Material, vor dem der Patient sich flüchtet, durchschimmern läßt. Zu einer eingehenden Analyse der einzelnen Einfälle kann es aber überhaupt nicht kommen, denn wenn wir etwa auf gewisse auffällige, versteckte Züge hinweisen, bringen sie statt der Annahme oder Ablehnung unserer Deutung einfach — weiteres „sinnloses" Material. Es bleibt uns da nichts anderes übrig als den Patienten auf das Tendenziöse seines Vorgehens aufmerksam zu machen, worauf er nicht ermangeln wird, uns gleichsam triumphierend vorzuwerfen: Ich tue ja nur, was Sie von mir verlangen, ich sage einfach jeden Unsinn, der mir einfällt. Zugleich macht er etwa den Vorschlag, man möge von der strengen Einhaltung der „Grundregel" abstehen, die Gespräche systematisch ordnen, an ihn bestimmte Fragen richten, nach dem Vergessenen methodisch oder gar mittels Hypnose forschen. Die Antwort auf diesen Einwand fällt uns nicht schwer; wir forderten vom Patienten allerdings, daß er jeden Einfall, auch den unsinnigen, mitteile, verlangten aber durchaus nicht, daß er ausschließlich unsinnige oder unzusammenhängende Worte hersage. Dieses Benehmen widerspricht — so erklären wir ihm — gerade jener psychoanalytischen Regel, die jede kritische Auswahl unter den Einfällen verbietet. Der scharfsinnige Patient wird darauf erwidern, er könne ja nichts dafür, daß ihm lauter Unsinn eingefallen sei, und kommt etwa mit der unlogischen Frage, ob er von nun an das Unsinnige verschweigen solle. Wir dürfen uns nicht ärgern, sonst hätte ja der Patient seinen Zweck erreicht, sondern müssen den Patienten zur Fortsetzung der Arbeit verhalten. Die Erfahrung zeigt, daß unsere Mahnung, mit der freien

Assoziation keinen Mißbrauch zu treiben, meist den Erfolg hat, daß dem Patienten von da an nicht nur Unsinn einfällt.

Eine einmalige Auseinandersetzung hierüber genügt in den seltensten Fällen; gerät der Patient wieder in Widerstand gegen den Arzt oder die Kur, so beginnt er nochmals sinnlos zu assoziieren, ja er stellt uns vor die schwierige Frage, was er wohl tun soll, wenn ihm nicht einmal ganze Worte, sondern nur unartikulierte Laute, Tierlaute, oder statt der Worte Melodien einfallen. Wir ersuchen den Patienten, jene Laute und Melodien wie alles andere getrost laut werden zu lassen, machen ihn aber auf die böse Absicht, die in seiner Befürchtung steckt, aufmerksam.

Eine andere Äußerungsform des „Assoziationswiderstandes" ist bekanntlich die, daß dem Patienten „überhaupt nichts einfällt". Diese Möglichkeit kann auch ohne weiteres zugegeben werden. Schweigt aber der Patient längere Zeit, so bedeutet das zumeist, daß er etwas *verschweigt*. Das plötzliche Stillwerden des Kranken muß also stets als „passagères" Symptom gedeutet werden.

Langdauerndes Schweigen erklärt sich oft dadurch, daß der Auftrag, *alles* mitzuteilen, immer noch nicht wörtlich genommen wird. Befragt man den Patienten nach einer längeren Pause über seine psychischen Inhalte während des Schweigens, so antwortet er vielleicht, er hätte *nur* einen Gegenstand im Zimmer betrachtet, eine Empfindung oder Parästhesie in diesem oder jenem Körperteil gehabt usw. Es bleibt uns oft nichts anderes übrig, als dem Patienten nochmals auseinanderzusetzen, alles, was in ihm vorgeht, also Sinneswahrnehmungen ebenso wie Gedanken, Gefühle, Willensimpulse, anzugeben. Da aber diese Aufzählung nie vollständig sein kann, wird der Patient, wenn er im Widerstand rückfällig wird, immer noch eine Möglichkeit finden, sein Schweigen und Verschweigen zu

rationalisieren. Manche sagen z. B., sie hätten geschwiegen, da sie keinen klaren Gedanken, sondern nur undeutliche, verschwommene Sensationen gehabt hätten. Natürlich beweisen sie damit, daß sie ihre Einfälle trotz gegenteiligen Auftrags immer noch kritisieren.

Sieht man dann, daß die Aufklärungen nichts fruchten, so muß man annehmen, daß der Patient uns nur zu umständlichen Aufklärungen und Erklärungen verlocken und dadurch die Arbeit aufhalten will. In solchen Fällen tut man am besten, dem Schweigen des Patienten das eigene Schweigen entgegenzusetzen. Es kann vorkommen, daß der größte Teil der Stunde vergeht, ohne daß Arzt oder Patient auch nur ein Wort gesprochen hätten. Das Schweigen des Arztes kann der Patient schwer ertragen; er bekommt die Empfindung, daß ihm der Arzt böse ist, das heißt, er projiziert sein schlechtes Gewissen auf den Arzt, und das bringt ihn schließlich dazu, nachzugeben und mit dem Negativismus zu brechen.

Selbst durch die Drohung des einen oder anderen Patienten, vor Langweile einzuschlafen, dürfen wir uns nicht beirren lassen; allerdings schlief in einigen Fällen der Patient für kurze Zeit wirklich ein, doch aus dem raschen Erwachen mußte ich darauf schließen, daß das Vorbewußte auch während des Schlafens an der Kursituation festgehalten hatte. Die Gefahr, daß der Patient die ganze Stunde verschläft, besteht also nicht.[1]

1) Es gehört zum Kapitel „Gegenübertragung", daß auch der Arzt in manchen Stunden an den Assoziationen der Kranken vorbeihört und erst bei gewissen Äußerungen des Patienten aufhorcht; das Einnicken für wenige Sekunden kann unter diesen Umständen vorkommen. Die nachträgliche Prüfung führt meist zum Ergebnis, daß wir unbewußt auf die Leere und Wertlosigkeit der gerade gelieferten Assoziation mit dem Zurückziehen der bewußten Besetzung reagierten; beim ersten, die Kur irgendwie angehenden Einfall des Patienten werden wir wieder munter. Also auch die Gefahr, daß der Arzt einschläft und den Patienten

Mancher Patient erhebt den Einwand gegen das freie Assoziieren, daß ihm zu vieles auf einmal einfällt und er nicht weiß, was er davon zuerst mitteilen soll. Gestattet man ihm, die Reihenfolge selbst zu bestimmen, so antwortet er etwa, er könnte sich nicht entschließen, dem einen oder dem anderen Einfall den Vorzug zu geben. In einem solchen Falle mußte ich zum Auskunftsmittel greifen, vom Patienten alles in der Reihenfolge erzählen zu lassen, wie es ihm eingefallen ist. Der Patient antwortete mit der Befürchtung, es könnten so, während er den ersten Gedanken der Reihe verfolgt, die anderen in Vergessenheit geraten. Ich beruhigte ihn mit dem Hinweis, daß alles, was wichtig ist — auch wenn es zunächst vergessen scheint — später von selbst zum Vorschein kommen wird.[1]

Auch kleine Eigenheiten in der Art des Assoziierens haben ihre Bedeutung. Solange der Patient jeden Einfall mit dem Satze einleitet: „Ich denke daran, daß . . .", zeigt er uns an, daß er zwischen Wahrnehmung und Mitteilung des Einfalles eine kritische Prüfung einschaltet. Manche ziehen es vor, unliebsame Einfälle in die Form einer Projektion auf den Arzt zu kleiden, indem sie etwa sagen: „Sie denken sich jetzt, ich meine damit, daß . . .", oder: „Natürlich werden Sie das so deuten, daß . . ." Auf die Aufforderung, die Kritik auszu-

unbeachtet läßt, ist gering anzuschlagen. (Einer mündlichen Aussprache mit Prof. Freud über dieses Thema verdanke ich die volle Bestätigung dieser Beobachtung.)

1) Es ist wohl kaum nötig, ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß der Psychoanalytiker dem Patienten gegenüber jede Unwahrheit meiden muß; dies gilt natürlich auch in Fragen, die sich auf die Methode oder auf die Person des Arztes beziehen. Der Psychoanalytiker sei wie Epaminondas, von dem uns Cornelius Nepos erzählt, daß er *„nec joco quidem mentiretur"*. Allerdings darf und muß der Arzt einen Teil der Wahrheit, z. B. den, dem der Patient noch nicht gewachsen ist, ihm zunächst vorenthalten, das heißt, das Tempo der Mitteilungen selber bestimmen.

schalten, replizieren manche: „Kritik sei schließlich auch ein Einfall", was man ihnen ohne weiteres zugeben muß, nicht ohne sie darauf aufmerksam zu machen, daß, wenn sie sich streng an die Grundregeln halten, es nicht vorkommen kann, daß die Mitteilung der Kritik der des Einfalls vorausgeht oder sie gar ersetzt.

In einem Falle war ich genötigt, der psychoanalytischen Regel direkt widersprechend, den Patienten dazu zu verhalten, den angefangenen Satz immer zu Ende zu erzählen. Ich merkte nämlich, daß, sobald der begonnene Satz eine unangenehme Wendung nahm, er ihn nie zu Ende sagte, sondern mit einem „Apropos" mitten im Satze auf etwas Unwichtiges, Nebensächliches ausglitt. Es mußte ihm erklärt werden, daß die Grundregel zwar nicht das Zuende*denken* eines Einfalles, wohl aber das Zuende*sagen* des einmal Gedachten fordert. Es hatte aber zahlreicher Mahnungen bedurft, bis er das lernte.

Auch sehr intelligente und sonst einsichtsvolle Patienten versuchen manchmal, die Methode der freien Assoziation dadurch ad absurdum zu führen, daß sie uns vor die Frage stellen: was aber, wenn ihnen einfiele, plötzlich aufzustehen und wegzulaufen, oder den Arzt körperlich zu mißhandeln, totzuschlagen, ein Möbelstück zu zertrümmern usw. Wenn man ihnen dann erklärt, daß sie nicht den Auftrag bekamen, alles zu *tun*, was ihnen einfällt, sondern nur alles zu *sagen*, so antworten sie zumeist mit der Befürchtung, sie könnten Denken und Handeln nicht so scharf von einander scheiden. Wir können solche Überängstliche beruhigen, daß diese Befürchtung nur eine Reminiszenz aus der Kinderzeit ist, wo sie solcher Unterscheidung tatsächlich noch nicht fähig waren.

In selteneren Fällen werden allerdings die Patienten von einem Impuls förmlich überwältigt, so daß sie, anstatt weiter zu assoziieren, ihre psychischen Inhalte zu *agieren* anfangen.

Nicht nur, daß sie statt der Einfälle „passagère Symptome“ produzieren, sondern sie führen manchmal bei vollem Bewußtsein komplizierte Handlungen aus, ganze Szenen, von deren Übertragungs- oder Wiederholungsnatur sie nicht die geringste Ahnung haben. So sprang ein Patient bei gewissen aufregenden Momenten der Analyse plötzlich von dem Sofa auf, ging im Zimmer auf und ab und stieß dabei Schimpfworte aus. Die Bewegungen sowohl als die Schimpfworte fanden dann in der Analyse ihre historische Begründung.

Eine hysterische Patientin vom infantilen Typus überraschte mich, nachdem es mir gelungen war, sie zeitweilig von ihren kindlichen Verführungstechniken (fortwährendes flehentliches Anschauen des Arztes, auffällige oder exhibitionistische Toiletten) abzubringen, mit einer unerwarteten direkten Attacke; sie sprang auf, verlangte geküßt zu werden, wurde schließlich auch handgreiflich. Es versteht sich von selbst, daß den Arzt auch derartigen Vorkommnissen gegenüber die wohlwollende Geduld nicht verlassen darf. Er muß immer und immer wieder auf die Übertragungsnatur solcher Aktionen hinweisen, denen gegenüber er sich ganz passiv zu verhalten hat. Die entrüstete moralische Zurückweisung ist in einem solchen Falle ebensowenig am Platze, wie etwa das Eingehen auf irgend eine Forderung. Es zeigt sich dann, daß die Angriffslust der Kranken bei solchem Empfange rasch ermüdet und die — übrigens analytisch zu deutende — Störung bald beseitigt ist.

In einem Aufsatz „über obszöne Worte“[1] stellte ich bereits die Forderung, daß man den Patienten die Mühe der Überwindung des Widerstandes gegen das Aussprechen gewisser Worte nicht ersparen darf. Erleichterungen, wie das Aufschreibenlassen gewisser Mitteilungen, widersprechen den Zwecken

1) Band I dieser Sammlung, S. 171.

der Kur, die ja im Wesen gerade darin besteht, daß der Patient durch konsequente und immer fortschreitende Übung über innere Widerstände Herr wird. Auch wenn der Patient sich anstrengt, etwas zu erinnern, was der Arzt wohl weiß, darf ihm nicht ohne weiteres geholfen werden, sonst kommt man um die eventuell wertvollen Ersatzeinfälle.

Natürlich darf dieses Nichthelfen des Arztes kein durchgängiges sein. Wenn es uns momentan weniger um das turnerische Üben der Seelenkräfte des Kranken, sondern um die Beschleunigung gewisser Aufklärungen zu tun ist, so werden wir Einfälle, die wir im Patienten vermuten, die aber jener nicht mitzuteilen wagt, einfach vor ihm aussprechen und ihm auf diese Art ein Geständnis abgewinnen. Die Situation des Arztes in der psychoanalytischen Kur erinnert eben vielfach an die des Geburtshelfers, der sich ja auch möglichst passiv zu verhalten, sich mit der Rolle des Zuschauers bei einem Naturprozeß zu bescheiden hat, in kritischen Momenten aber mit der Zange bei der Hand sein muß, um den spontan nicht fortschreitenden Geburtsakt zum Abschluß zu bringen.

II

Fragen der Patienten
Entscheidungen während der Kur

Ich machte es mir zur Regel, jedesmal, wenn der Patient eine Frage an mich richtet oder eine Auskunft verlangt, mit einer Gegenfrage zu antworten, der nämlich, wie er zu dieser Frage kommt. Hätte ich ihm einfach geantwortet, so wäre die Regung, die ihn zu dieser Frage bewog, durch die Antwort beseitigt worden; so aber wenden wir das Interesse des Patienten den Quellen seiner Neugierde zu, und wenn wir seine Frage analytisch behandeln, vergißt er zumeist,

die ursprüngliche Frage zu wiederholen; es zeigt uns damit, daß ihm an diesen Fragen eigentlich gar nichts gelegen war und daß sie nur als Äußerungsmittel des Unbewußten eine Bedeutung hatten.

Besonders schwierig gestaltet sich aber die Situation, wenn der Patient sich nicht mit einer beliebigen Frage, sondern mit der Bitte an uns wendet, in einer für ihn bedeutsamen Angelegenheit, z. B. in der Wahl zwischen zwei Alternativen, die Entscheidung zu treffen. Das Bestreben des Arztes muß immer darauf gerichtet sein, Entscheidungen so lange hinauszuschieben, bis der Patient durch die in der Kur zu gewinnende Sicherheit in die Lage kommt, selbständig zu handeln. Man tut also gut daran, der vom Patienten betonten Notwendigkeit der sofortigen Entscheidung nicht ohne weiteres Glauben zu schenken, sondern auch an die Möglichkeit zu denken, daß solche anscheinend sehr aktuelle Fragen vielleicht von dem Patienten selbst unbewußt in den Vordergrund geschoben wurden, wobei er entweder das eben anzuschneidende Analysenmaterial in die Form der Problemstellung kleidet oder sein Widerstand sich dieses Mittels bemächtigt, um den Fortgang der Analyse zu stören. Bei einer Patientin war letzteres so typisch, daß ich ihr in der gerade herrschenden Kriegsterminologie erklären mußte, sie werfe mir, wenn sie keinen anderen Ausweg mehr finde, solche Probleme wie Gasbomben entgegen, um mich zu verwirren. Selbstverständlich kann der Patient während der Kur wirklich einmal über Bedeutsames unaufschiebbar zu entscheiden haben; es ist gut, wenn wir auch in diesen Fällen möglichst wenig die Rolle des geistigen Lenkers nach Art eines *directeur de conscience* spielen, sondern uns mit der des analytischen *confesseur* begnügen, der alle (auch die dem Patienten unbewußten) Motive möglichst klar von allen Seiten beleuchtet, den Entscheidungen und Handlungen

aber keine Richtung gibt. Diesbezüglich steht die Psychoanalyse in diametralem Gegensatze zu allen bisher geübten Psychotherapien, der suggestiven sowohl als auch der „überzeugenden".

Unter zweierlei Umständen kommt auch der Psychoanalytiker in die Lage, in den Lebenslauf des Patienten unmittelbar einzugreifen. Erstens, wenn er sich überzeugt, daß die Lebensinteressen des Kranken wirklich unaufschiebbar zu einer Entscheidung drängen, zu der der Patient allein noch unfähig ist; in diesem Falle muß sich aber der Arzt dessen bewußt sein, daß er dabei nicht mehr als Psychoanalytiker handelt, ja, daß aus seinem Eingreifen für den Fortgang der Kur gewisse Schwierigkeiten erwachsen können, z. B. eine unerwünschte Verstärkung des Übertragungsverhältnisses. Zweitens kann und muß der Analytiker zeitweise auch insofern „aktive Therapie" betreiben, als er den Patienten dazu drängt, die phobieartige Unfähigkeit zu irgendeiner Entscheidung zu überwinden. Er erhofft von den Veränderungen der Affektbesetzungen, die diese Überwindung mit sich bringt, den Zugang zu bisher unzugänglichem unbewußtem Material.[1]

III

Das „zum Beispiel" in der Analyse

Kommt uns der Patient mit irgendeiner Allgemeinheit, sei es eine Redensart oder eine abstrakte Behauptung, so frage man ihn immer, was ihm zu jener Allgemeinheit speziell einfällt.

---

1) Siehe dazu meinen Aufsatz „Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse" (aufgenommen in mein Buch: „Hysterie und Pathoneurosen", Int. PsA. Bibl., Bd. III, 1919) und Freuds Vortrag auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Budapest, 1918: „Wege der psychoanalytischen Therapie" (Ges. Schr., Bd. VI).

Diese Frage ist mir so geläufig geworden, daß sie sich fast automatisch einstellt, sobald der Patient allzu allgemein zu reden beginnt. Die Tendenz, vom Allgemeinen zum Speziellen und immer Spezialisierteren überzugehen, beherrscht eben die Psychoanalyse überhaupt; nur diese führt zur möglichst vollkommenen Rekonstruktion der Lebensgeschichte des Patienten, zur Ausfüllung seiner neurotischen Amnesien. Es ist also unrichtig, dem Hange der Patienten nach Generalisierung folgend, das bei ihnen Beobachtete allzufrüh irgendeiner allgemeinen These unterzuordnen. In der richtigen Psychoanalyse ist wenig Raum für moralische oder philosophische Allgemeinheiten; sie ist eine ununterbrochene Folge von konkreten Feststellungen.

Daß das „zum Beispiel" wirklich das geeignete technische Mittel ist, die Analyse vom Entfernten und Unwesentlichen geradewegs zum Naheliegenden und Wesentlichen hinzuleiten, dazu lieferte mir eine junge Patientin in einem Traume die Bestätigung.

Sie träumte: *„Ich habe Zahnschmerzen und eine geschwollene Backe; ich weiß, daß dies nur gut werden kann, wenn Herr X. (mein einstiger Bräutigam) daran reibt; dazu muß ich aber die Einwilligung einer Dame einholen. Sie gibt mir die Einwilligung wirklich und Herr X. reibt mit der Hand an meiner Backe; da springt ein Zahn heraus, als wäre er soeben gewachsen und als wäre er die Ursache des Schmerzes gewesen."*

Zweites Traumstück: *„Meine Mutter erkundigt sich bei mir darnach, wie es wohl bei der Psychoanalyse zugeht. Ich sage ihr: ‚Man legt sich hin und muß hersagen, was einem einfällt.' — ‚Was sagt man denn?' fragt mich die Mutter. — ‚Nun eben alles, alles, ohne Ausnahme, was einem durch den Kopf geht.' — ‚Was geht einem aber durch den Kopf?' fragt sie weiter. — ‚Alle möglichen Gedanken, auch die unglaublichsten.' — ‚Was*

denn zum Beispiel?' — *‚Zum Beispiel, daß es einem geträumt hat, daß einen der Arzt geküßt und . . .'*, dieser Satz blieb unbeendigt und ich erwachte."

Ich will hier nicht in die Einzelheiten der Deutung eingehen, und teile davon nur soviel mit, daß es sich hier um einen Traum handelt, dessen zweites Stück das erste deutet. Die Deutung geht aber ganz methodisch zu Werke. Die Mutter, die hier offenbar die Stelle des Analysierenden einnimmt, begnügt sich nicht mit den Allgemeinheiten, mit denen sich die Träumerin aus der Affäre zu ziehen versucht, und gibt sich nicht zufrieden, bis sie auf die Frage, was ihr zum Beispiel einfällt, die einzig richtige sexuelle Deutung des Traumes zugibt.

Was ich in einer Arbeit über „Analyse von Gleichnissen"[1] behauptete, daß nämlich hinter den anscheinend flüchtig hingeworfenen Vergleichen immer gerade das bedeutsamste Material verborgen ist, gilt also auch von jenen Einfällen, die die Patienten auf die Frage: „Was zum Beispiel?" zum besten geben.

IV

Die Bewältigung der Gegenübertragung

Der Psychoanalyse — der überhaupt die Aufgabe zugefallen zu sein scheint, Mystik zu zerstören — gelang es, die einfache, man möchte sagen, naive Gesetzmäßigkeit aufzudecken, die auch der kompliziertesten medizinischen Diplomatie zugrunde liegt. Sie entdeckte die Übertragung auf den Arzt als das wirksame Moment bei jeder ärztlichen Suggestion, und stellte fest, daß eine solche Übertragung in letzter Linie nur die infantil-

1) Dieser Band, S. 164.

erotische Beziehung zu den Eltern, der gütigen Mutter oder dem gestrengen Vater, wiederholt, und daß es von den Lebensschicksalen oder der konstitutionellen Anlage des Patienten abhängt, ob und inwieweit er der einen oder der anderen Suggestionsart zugänglich ist.[1]

Die Psychoanalyse entdeckte also, daß die Nervenkranken wie Kinder sind und als solche behandelt werden wollen. Intuitive ärztliche Talente wußten dies auch vor uns, wenigstens handelten sie so, als wüßten sie es. Der Zulauf zu manchem „groben" oder „liebenswürdigen" Sanatoriumsarzt erklärt sich daraus.

Der Psychoanalytiker aber darf nicht mehr nach Herzenslust milde und mitleidsvoll oder grob und hart sein und abwarten, bis sich die Seele des Kranken dem Charakter des Arztes anpaßt; er muß es verstehen, seine Anteilnahme zu d o s i e r e n, ja, er darf sich seinen Affekten nicht einmal innerlich hingeben, denn das Beherrschtsein von Affekten oder gar von Leidenschaften schafft einen ungünstigen Boden zur Aufnahme und richtigen Verarbeitung von analytischen Daten. Da aber der Arzt immerhin ein Mensch, und als solcher Stimmungen, Sym- und Antipathien, auch Triebanwandlungen zugänglich ist, — ohne solche Empfänglichkeit hätte er ja kein Verständnis für die Seelenkämpfe des Patienten, — so hat er in der Analyse fortwährend eine doppelte Arbeit zu leisten: einesteils muß er den Patienten beobachten, das von ihm Erzählte prüfen, aus seinen Mitteilungen und seinem Gebaren sein Unbewußtes konstruieren; andernteils hat er gleichzeitig seine eigene Einstellung dem Kranken gegenüber unausgesetzt zu kontrollieren, wenn nötig, richtigzustellen, das heißt die G e g e n ü b e r t r a g u n g (F r e u d) zu bewältigen.

---

1) „Introjektion und Übertragung." (Im I. Band dieser Sammlung.)

Die Vorbedingung dazu ist natürlich das Analysiertsein des Arztes selbst; aber auch der Analysierte ist von Eigenheiten des Charakters und aktuellen Stimmungsschwankungen nicht so unabhängig, daß die Beaufsichtigung der Gegenübertragung überflüssig wäre.

Über die Art, wie die Kontrolle der Gegenübertragung einzugreifen hat, ist es schwer, etwas Allgemeines zu sagen; es gibt hier allzu viele Möglichkeiten. Will man einen Begriff davon geben, so tut man wohl am besten, wenn man Beispiele aus der Erfahrung heranzieht.

Am Anfang der analytisch-ärztlichen Tätigkeit ahnt man natürlich von den Gefahren, die von dieser Seite her drohen, am wenigsten. Man ist in der seligen Stimmung, in die einen die erste Bekanntschaft mit dem Unbewußten versetzt, der Enthusiasmus des Arztes überträgt sich auch auf den Patienten, und der frohen Selbstsicherheit verdankt der Psychoanalytiker überraschende Heilerfolge. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Erfolge nur zum kleineren Teil analytisch, zum größeren aber rein suggestiv, das heißt Übertragungserfolge sind. In der gehobenen Stimmung der Honigmonate der Analyse ist man natürlich auch von der Berücksichtigung, geschweige denn von der Beherrschung der Gegenübertragung himmelweit entfernt. Man unterliegt allen Affekten, die das Verhältnis Arzt—Patient nur hervorzubringen vermag, läßt sich von traurigen Erlebnissen, wohl auch von Phantasien der Patienten rühren, entrüstet sich über alle, die ihnen übelwollen und ihnen Übles antun. Mit einem Wort, man macht sich alle ihre Interessen zu eigen und wundert sich dann, wenn der eine oder der andere Patient, in dem unser Betragen irreale Hoffnungen erweckt haben mag, plötzlich mit leidenschaftlichen Forderungen auftritt. Frauen verlangen vom Arzt geheiratet, Männer von ihm erhalten zu werden, und konstruieren aus seinen

Äußerungen Argumente für die Berechtigung ihrer Ansprüche. Natürlich kommt man über diese Schwierigkeiten in der Analyse leicht hinweg; man beruft sich auf ihre Übertragungsnatur und benützt sie als Material zur weiteren Arbeit. Man bekommt aber so einen Einblick in die Fälle, wo es in der nichtanalytischen oder wildanalytischen Therapie zu Beschuldigungen oder gerichtlichen Anklagen gegen den Arzt kommt. Die Patienten entlarven eben in ihren Anklagen das Unbewußte des Arztes. Der enthusiastische Arzt, der in seinem Heilungs- und Aufklärungsdrange seine Patienten „hinreißen" will, beachtet nicht die kleinen und großen Zeichen von unbewußter Bindung an den Patienten oder an die Patientin, doch diese perzipieren sie nur zu gut und konstruieren aus ihnen ganz richtig die ihr zugrunde liegende Tendenz, ohne zu ahnen, daß sie dem Arzte selbst nicht bewußt war. Bei solchen Anklagen haben also merkwürdigerweise beide gegnerische Parteien recht. Der Arzt kann es beschwören, daß er — bewußt — nichts anderes als die Heilung des Kranken beabsichtigte; doch auch der Patient hat recht, — denn der Arzt hat sich unbewußt zum Gönner oder Ritter seines Klienten aufgeworfen und ließ das durch verschiedene Anzeichen merken.

Die psychoanalytische Aussprache schützt uns natürlich vor solchen Unzukömmlichkeiten; immerhin kommt es vor, daß die mangelhafte Berücksichtigung der Gegenübertragung den Kranken in einen Zustand versetzt, der nicht mehr rückgängig zu machen ist, und den er als Anlaß zur Unterbrechung der Kur benützt. Man muß sich eben damit abfinden, daß jede neue psychoanalytisch-technische Regel den Arzt einen Patienten kostet.

Hat dann der Psychoanalytiker die Würdigung der Gegenübertragungssymptome mühsam erlernt und es erreicht, daß er

in seinem Tun und Reden, ja, auch in seinem Fühlen alles kontrolliert, was zu Verwicklungen Anlaß geben könnte, so droht ihm die Gefahr, ins andere Extrem zu verfallen und den Patienten gegenüber allzu schroff und ablehnend zu werden; dies würde das Zustandekommen der Übertragung, die Vorbedingung jeder erfolgreichen Psychoanalyse, hintanhalten oder überhaupt unmöglich machen. Diese zweite Phase könnte als Phase des Widerstandes gegen die Gegenübertragung charakterisiert werden. Die übergroße Ängstlichkeit in dieser Hinsicht ist nicht die richtige Einstellung des Arztes, und erst nach Überwindung dieses Stadiums erreicht man vielleicht das dritte: nämlich das der Bewältigung der Gegenübertragung.

Erst wenn man hier angelangt ist, wenn man also dessen sicher ist, daß der dazu eingesetzte Wächter sofort ein Zeichen gibt, wenn die Gefühle gegen den Patienten im positiven oder negativen Sinne das richtige Maß zu überschreiten drohen: erst dann kann sich der Arzt während der Behandlung so „gehen lassen", wie es die psychoanalytische Kur von ihm fordert.

Die analytische Therapie stellt also an den Arzt Anforderungen, die einander schnurstracks zu widersprechen scheinen. Einesteils verlangt sie von ihm das freie Spielenlassen der Assoziationen und der Phantasie, das Gewährenlassen des *eigenen Unbewußten*; wir wissen ja von *Freud*, daß uns nur hiedurch ermöglicht wird, die im manifesten Rede- und Gebärdenmaterial versteckten Äußerungen des *Unbewußten des Patienten* intuitiv zu erfassen. Anderenteils muß der Arzt das von seiner und des Patienten Seite gelieferte Material logisch prüfen und darf sich in seinen Handlungen und Mitteilungen ausschließlich nur vom Erfolg dieser Denkarbeit leiten lassen. Mit der Zeit lernt man es, das Sichgehenlassen auf gewisse automatische Zeichen aus dem Vorbewußten zu unterbrechen und die kritische Einstellung an seine Stelle

zu setzen. Diese fortwährende Oszillation zwischen freiem Spiel der Phantasie und kritischer Prüfung setzt aber beim Arzte eine Freiheit und ungehemmte Beweglichkeit der psychischen Besetzungen voraus, wie sie auf einem anderen Gebiete kaum gefordert wird.

Diskontinuierliche Analysen

(1914)

Freud hat gelegentlich darauf hingewiesen, daß der therapeutische Erfolg häufig ein Hindernis der Vertiefung der Analyse ist; ich konnte das in zahlreichen Fällen bestätigen. Schwinden durch die analytische Behandlung die lästigsten Symptome der Neurose, so kommt es leicht dazu, daß dem Kranken die noch nicht beseitigten Krankheitserscheinungen weniger qualvoll vorkommen als die Fortsetzung der oft so harten und an Entbehrungen so reichen analytischen Arbeit. Wird aber die Medizin wirklich *pejor morbo*, so beeilt sich der Patient (meist auch durch materielle Rücksichten gedrängt), die Kur abzubrechen und wendet seine Interessen dem ihn bereits befriedigenden realen Leben zu. Allerdings hängen solche Halbgeheilte gewöhnlich noch durch Bande der Übertragung an ihrem Arzt; man erfährt, daß sie sich in etwas überschwenglicher Weise über die Kur und die Person des Arztes äußern, auch geben sie durch Ansichtspostkarten oder kleine Aufmerksamkeiten gelegentlich ein Lebenszeichen von sich, im Gegensatz zu jenen, die die Kur mitten im Widerstande abbrachen und sich in trotziges Schweigen hüllen. Auch die wirklich Hergestellten, bei denen die Übertragung zur Lösung gelangte,

haben keinen Anlaß, sich um ihren Arzt zu kümmern, und tun es auch nicht.

Es kommt nun vor, daß die „Halbgeheilten“ nach einiger Zeit wieder erkranken und die Analyse fortzusetzen wünschen. Es stellt sich dann heraus, daß innere oder äußere Momente die auslösenden Ursachen der Rezidive waren, durch die das bei der Analyse nicht bearbeitete unbewußte Material gleichsam aktiviert und aus der Verdrängung gerüttelt wurde. Man kann auch sicher erwarten, daß bei Wiederholung der Analyse Dinge zur Sprache kommen werden, die bei der ersten keine oder nur geringe Rolle spielten.

Auffallend war mir nun, wie wunderbar schnell sich der alte Kontakt zwischen Arzt und Patient wieder herstellen kann. Ein Patient z. B., der sich nach der (unvollendeten) Analyse vier Jahre lang wohl befand, erinnerte bei der Fortsetzung der Kur jede Einzelheit der ersten Behandlung; noch merkwürdiger war, daß auch in der Erinnerung des Arztes, der sich in der Zwischenzeit mit dem Patienten gar nicht, dafür mit so vielen anderen intensiv beschäftigte, die geringfügigsten Kleinigkeiten, die sich auf den Kranken beziehen, von selbst auftauchten: seine ganze Kindergeschichte, die Namen aller Verwandten, Träume und Einfälle samt der seinerzeitigen Deutung, bis auf die Haarfarbe von Personen, von denen damals die Rede war. Nach zwei Stunden war man ganz im alten Geleise, als hätte es sich nur um eine etwas dickere „Sonntagskruste“ und nicht um vierjährige Trennung gehandelt. Der wissenschaftliche Ertrag war bei den leicht heilenden Fällen meist ein recht geringer; die Rezidive bringt dann die tiefere Einsicht in die seinerzeit nur oberflächlich erkannten Zusammenhänge.

Der technische Grundsatz Freuds, daß man die Kranken auch während der Behandlung vor den Erschütterungen der Wirklichkeit nicht verschonen darf, wird in einzelnen Fällen

notgedrungen vernachlässigt, so z. B. wenn die Behandlung fern von den Verwandten (den wichtigsten Reagentien der Neurose) durchgeführt werden muß. In solchen Fällen mag dann vorkommen, daß der sich geheilt wähnende Patient sofort oder kurze Zeit nach der Rückkehr in die Heimat wieder an neurotischen Symptomen erkrankt und schleunigst zum Arzte (von dem er übrigens auf diese Eventualität vorbereitet war) zurückkehrt. Die Berührung mit der Realität drängt auch in diesen Fällen das bis dahin versteckte seelische Material der Oberfläche zu.

Ein dritter Anlaß zur „diskontinuierlichen Analyse" mag sich aus rein äußerlichen Verhältnissen ergeben. Sehr beschäftigte oder entfernt wohnende Patienten oder solche, denen jährlich nur ein beschränktes Maß von Zeit und Geld für die Zwecke der Kur zur Verfügung steht, kommen alljährlich nur für ein bis zwei Monate in die Behandlung. Man kann nicht behaupten, daß die Zeit zwischen den einzelnen Arbeitsperioden spurlos an solchen Patienten vorüberginge; eine gewisse nachträgliche Verinnerlichung, Verarbeitung des in der Kur Erkannten ist manchmal unverkennbar. Dieser geringe Vorteil verschwindet aber neben dem großen Nachteil, daß auf diese Art die auch sonst so langwierige Kur unabsehbar in die Länge gezogen wird. Die kontinuierliche Analyse ist also der diskontinuierlichen in jedem Falle vorzuziehen.

Bei Analysen, die über ein Jahr lang dauern, wird die Kur auch von der Ferialzeit des Arztes unterbrochen. Für Patienten, die die Kur wirklich fortsetzen wollen, bedeutet diese Unterbrechung keine eigentliche Diskontinuität, so daß die erste Stunde nach den Ferien förmlich die Fortsetzung des analytischen Gespräches bringt, das durch die Trennung unterbrochen wurde.

Zur Frage der Beeinflussung des Patienten in der Psychoanalyse

(1919)

Auf dem IV. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß zu München, wo so viele bis dahin latente Meinungsverschiedenheiten unter den Mitgliedern klar zutage traten, hielt unter anderen Kollege Dr. Bjerre (Stockholm) einen Vortrag, in dem er, nicht unähnlich den Züricher Sezessionisten, die rein psychoanalytische Therapie mit einer ärztlichen und ethischen Erziehung des Patienten zu kombinieren vorschlug. Da sich Bjerre damals ausdrücklich gegen gewisse diesbezügliche und seiner Auffassung widersprechende Äußerungen meinerseits wendete, sah ich mich veranlaßt, diese zu verteidigen und nochmals zu betonen, daß sich die psychoanalytische Therapie in der methodischen Aufklärung und Überwindung der inneren Widerstände des Patienten erschöpfen muß und ohne sonstiges aktives Eingreifen wirkliche Erfolge erzielen kann. Insbesondere warnte ich bei dieser Gelegenheit davor, die psychoanalytische Kur mit der sogenannten Suggestion (Übertragungskur) zu vermengen.

Nun finden sich in einer früheren Nummer unserer Inter-

nationalen Zeitschrift für Psychoanalyse[1] zwei einander widersprechende Äußerungen über diese Frage. Jones sagt in seiner klaren und scharfen Antikritik der Janetschen Auffassung der Psychoanalyse unter anderem: „Niemals rate ein Psychoanalytiker dem Patienten, am wenigsten zur Aufnahme des Geschlechtsverkehrs." In den ersten Zeilen einer Mitteilung von Sadger hingegen wird das Verhalten eines Patienten geschildert, nachdem er „infolge meines (des Autors) Rates zum erstenmal koitiert hatte".

Ich glaube, daß die Wichtigkeit des Problems die neuerliche Aufrollung der Frage, ob der Analytiker dem Patienten Ratschläge erteilen darf, rechtfertigt.

Nach dem, was ich in München darüber äußerte, scheint es, als ob ich hier unbedingt Jones recht geben und Sadgers Verfahren verwerfen müßte. Daß ich es nicht tue, sondern Jones' Äußerung für eine Übertreibung erkläre, bedarf also der Rechtfertigung.

In mehreren Fällen von Angsthysterie und hysterischer Impotenz machte ich die Erfahrung, daß die Analyse bis zu einem gewissen Punkte glatt von statten ging; die Patienten waren voll einsichtig, aber der therapeutische Erfolg ließ immer noch auf sich warten, ja die Einfälle begannen sich mit einer gewissen Monotonie zu wiederholen, als hätten die Patienten nichts mehr zu sagen, als hätte sich ihr Unbewußtes erschöpft. Natürlich hätte das — wenn es wahr gewesen wäre — der psychoanalytischen Theorie von den unbewußten Quellen der Neurosen widersprochen.

In dieser Not kam mir ein mündlich erteilter Rat Professor Freuds zu Hilfe. Er klärte mich auf, daß man die Angsthysterischen nach einer gewissen Zeit dazu auffordern muß, ihre phobisch gesicherte Einstellung zu verlassen und gerade

1) Bd. IV, S. 39 u. 48.

das zu versuchen, wovor sie am meisten Angst haben. Solche Ratschläge kann der Arzt vor sich wie vor dem Patienten damit rechtfertigen, daß jeder solche Versuch frisches, noch unberührtes psychoanalytisches Material zum Vorschein bringt, das ohne diese Aufrüttelung nur viel später oder überhaupt nicht zu erlangen gewesen wäre.

Ich folgte dieser Weisung meines Lehrers und kann von dem Erfolg das Beste sagen. Die Heilung vieler Patienten ging wirklich in Schüben von durch die „Aufmischungen" hervorgebrachter Besserung vor sich.

Die Gegner der Psychoanalyse werden uns vorhalten, daß ja dies nichts anderes als eine verkappte Form der Suggestion oder Gewöhnungskur sei. Ich aber antworte ihnen: *si duo faciunt idem non est idem.*

Erstens versprechen wir dem Patienten nie, daß er von dem Versuch gesund werden wird; im Gegenteil, wir bereiten ihn auf die eventuelle Verschlimmerung seines subjektiven Zustandes unmittelbar nach den Versuchen vor. Wir sagen ihm nur, — und das mit Recht, — daß sich der Versuch *in ultima analysi* als für die Kur vorteilhaft erweisen wird.

Zweitens verzichten wir dabei auf alle sonst gebräuchlichen Mittel des gewaltsamen oder schmeichelnden Suggerierens und stellen es dem Patienten anheim, ob er sich zu diesem Versuche entschließt. Er muß schon einen ziemlich hohen Grad psychoanalytischer Einsicht in der Kur erworben haben, wenn er unserer Aufforderung nachkommt.

Schließlich leugne ich es durchaus nicht, daß bei diesen Versuchen auch Elemente der Übertragung — also desselben Mittels, mit dem die Hypnotiseure ausschließlich arbeiten — mitwirken. Während aber die Übertragung auf den Arzt bei letzteren direkt als Heilmittel wirken soll, dient sie bei der Freudschen Psychoanalyse nur dazu, die Widerstände des

Unbewußten zu lockern. Vor der vollen Beendigung der Kur läßt übrigens der Arzt den Patienten sogar in diese seine Karten blicken und entläßt ihn in voller Unabhängigkeit.

In diesem Sinne meine ich, daß Sadger recht hatte, als er seinen Patienten zu einer bislang gemiedenen Handlung anhielt, und daß Jones übertrieb, als er sagte, daß der Psychoanalytiker überhaupt nie einen Rat gibt.

Ich glaube, daß diese Auffassung der seinerzeit Bjerre gegenüber verfochtenen Reinheit der psychoanalytischen Therapie nicht widerspricht.

Weiterer Ausbau der „aktiven Technik" in der Psychoanalyse

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß im Haag am 10. Dezember 1920).

I

Die Grundlagen der psychoanalytischen Technik haben seit der Einführung der Freudschen „Grundregel" (der freien Assoziation) keine wesentliche Änderung erfahren. Ich will gleich eingangs hervorheben, daß dies auch meine Vorschläge nicht bezwecken; im Gegenteil, ihr Ziel war und ist, die Patienten durch gewisse Kunstgriffe in die Lage zu versetzen, die Regel der freien Assoziation besser einhalten und hiedurch die Erforschung des unbewußten psychischen Marterials fördern oder beschleunigen zu können. Auch bedarf es dieser Kunstgriffe nur in gewissen Ausnahmsfällen. Bei den allermeisten Kranken läßt sich die Kur ohne besondere „Aktivität" seitens des Arztes oder des Patienten durchführen und auch in den Fällen, in denen man aktiver vorzugehen hat, soll sich diese Einstellung auf das allernotwendigste Maß beschränken. Sobald die Stockung der Analyse, die eigentliche Rechtfertigung und das Motiv der Modifikation überhaupt überwunden ist, wird sich der Sachkundige schleunigst auf den passiv-rezeptiven

Standpunkt zurückziehen, der auch für das Unbewußte des Arztes die günstigsten Bedingungen zur werktätigen Mitarbeit schafft.

Wie fast jede Neuerung, erweist sich auch die „Aktivität“ bei näherem Zusehen als etwas Altbekanntes. Nicht nur daß sie in der Vorgeschichte der Psychoanalyse bereits eine wesentliche Rolle gespielt hat: sie hat in gewissem Sinne nie aufgehört zu existieren. Es handelt sich also hier um die Schaffung eines Begriffes und eines Kunstausdruckes für und die zweckbewußte Verwendung von etwas, was de facto, wenn auch unausgesprochen, immer verwendet wurde. Nur halte ich eine solche Begriffsbestimmung und terminologische Fixierung in wissenschaftlicher Hinsicht nicht für bedeutungslos; erst durch sie wird man seines eigenen Handelns im wahren Sinne des Wortes bewußt, und erst solches Bewußtwerden ermöglicht die methodische und kritisch auswählende Anwendung einer Handlungsweise.[1]

Die Zeit des Breuer-Freudschen „kathartischen“ Verfahrens war eine Zeit der größten Aktivität seitens des Arztes wie des Patienten. Der Arzt machte große Anstrengungen, um die aufs Symptom bezüglichen Erinnerungen wachzurufen, und bediente sich dabei aller Hilfsmittel, die ihm die Prozeduren der wachen oder hypnotischen Suggestion zur Verfügung stellten; und auch der Kranke strengte sich an, den Weisungen seines Führers zu folgen, mußte sich also psychisch sehr aktiv betätigen, oft alle Geisteskräfte anspannen.

Die Psychoanalyse, wie wir sie heute anwenden, ist ein Verfahren, dessen hervorstechendster Charakter gerade die Passivität ist. Wir fordern den Patienten auf, sich ohne

1) Die Bedeutsamkeit der Namengebung im wissenschaftlichen Betriebe wäre einer eigenen psychologischen Untersuchung wert.

jede Kritik von seinen „Einfällen“ leiten zu lassen; er hat nichts zu tun, als diese Einfälle — allerdings unter Überwindung des sich dagegen sträubenden Widerstandes — restlos mitzuteilen. Auch der Arzt darf seine Aufmerksamkeit nicht krampfhaft auf irgend eine Absicht (z. B. aufs Heilen- oder Verstehenwollen) einstellen, sondern soll sich — gleichfalls passiv — seiner eigenen, mit den Einfällen des Patienten spielenden Phantasie überlassen. Selbstverständlich kann er, wenn er einen Einfluß auf die weiteren Einfälle des Kranken nehmen soll, dieses Phantasieren nicht endlos fortsetzen; wie ich es bereits anderwärts ausführte,[1] muß er, sobald sich bei ihm gewisse, auch real stichhaltige Ansichten herauskristallisieren, seine Aufmerksamkeit diesen zuwenden und sich nach reiflicher Überlegung zur Mitteilung einer Deutung entschließen. Eine solche Mitteilung ist aber schon ein aktives Eingreifen in die Seelentätigkeit des Patienten; sie lenkt die Gedanken in eine bestimmte Richtung und erleichtert das Auftauchen von Einfällen, die sonst noch vom Widerstande am Bewußtwerden verhindert worden wären. Der Patient aber hat sich auch während dieser „Geburtshilfe der Gedanken“ passiv zu verhalten.

Neuere Erkenntnisse über die entscheidende Bedeutung der Libidoverteilung bei der neurotischen Symptombildung befähigten Freud[2] zu einer anderen Art Nachhilfe. Er unterscheidet zwei Phasen in der Therapie; in der ersten wird alle Libido von den Symptomen in die Versagung gedrängt, in der zweiten der Kampf mit der auf den Arzt übertragenen Libido aufgenommen und versucht, diese Libido vom neuen Objekt loszulösen. Diese Loslösung wird durch die Ichveränderung

1) „Zur psychoanalytischen Technik“ (In diesem Band S. 38).

2) Freud, „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ (Ges. Schr., Bd. VII, S. 473).

unter dem Einfluß der ärztlichen Erziehung ermöglicht. Das Hindrängen der Libido in die Übertragung meint er allerdings nicht als aktive Unterstützung dieser Bestrebungen seitens des Arztes; die Übertragung kommt spontan zustande; der Arzt muß nur die eine Geschicklichkeit haben, diesen Prozeß nicht zu stören.

Die Icherziehung dagegen ist ein ausgesprochen aktiver Eingriff, zu dem den Arzt gerade die durch die Übertragung gesteigerte Autorität befähigt. Freud scheut sich nicht, diese Art Beeinflussung mit dem Namen „Suggestion“ zu belegen, weist aber auf die wesentlichen Merkmale hin, die diese Suggestion von der nichtpsychoanalytischen unterscheiden.[1]

Die Beeinflussung des Patienten ist sicherlich etwas Aktives, der Patient verhält sich diesem Bemühen des Arztes gegenüber passiv.

Das passive, respektive aktive Verhalten bezog sich in dem bisher Gesagten ausschließlich auf die seelische Einstellung des Kranken. An Handlungen fordert die Analyse vom Patienten nichts als pünktliches Erscheinen zu den Behandlungsstunden; auf die sonstige Lebensweise nimmt sie keinen Einfluß, ja, sie betont ausdrücklich, daß auch der Patient wichtige Entscheidungen selbst treffen

1) Die früheren Suggestionen bestanden eigentlich im Einredenwollen einer bewußten Unwahrheit („Es fehlt Ihnen nichts“ — was doch sicherlich unrichtig ist, da doch der Patient an Neurose leidet). Die psychoanalytischen „Suggestionen“ benützen die Übertragung dazu, um die eigene Überzeugung von den unbewußten Motiven des Leidens dem Kranken zugänglich zu machen; der Psychoanalytiker muß dabei selbst darauf achten, daß der so angenommene Glaube kein „blinder Glaube“, sondern auf Erinnerung und aktuelles Erleben („Wiederholung“) gestützte eigene Überzeugung des Kranken sei. Dies unterscheidet die Psychoanalyse auch von den Überredungs- und Erklärungskuren von Dubois.

oder bis zur Erlangung der Fähigkeit zur Entscheidung aufschieben soll.

Die erste Ausnahme von dieser Regel ergab sich bei der Analyse gewisser Fälle von Angsthysterie; es kam vor, daß die Patienten, trotz genauer Befolgung der „Grundregel" und trotz tiefer Einsicht in ihre unbewußten Komplexe, nicht über tote Punkte der Analyse hinwegkommen konnten, bis sie nicht dazu gedrängt wurden, sich aus dem sicheren Versteck ihrer Phobie herauszuwagen und sich versuchsweise der Situation auszusetzen, die sie ob ihrer Peinlichkeit ängstlich gemieden hatten. Wie zu erwarten war, zog dies bei ihnen ein akutes Aufflackern der Angst nach sich; doch indem sie sich diesem Affekte aussetzten, überwanden sie zugleich auch den Widerstand gegen ein bisher verdrängt erhaltenes Stück des unbewußten Materials, das nunmehr in Einfällen und Reminiszenzen der Analyse zugänglich wurde.[1]

Das war nun das Vorgehen, auf das ich eigentlich die Bezeichnung „aktive Technik" angewendet wissen wollte, die also nicht so sehr ein tätiges Eingreifen des Arztes, als vielmehr ein solches des Patienten bedeutet, dem nunmehr außer der Einhaltung der Grundregel besondere Aufgaben auferlegt wurden. Die Aufgabe bestand in den Fällen von Phobie in der Ausführung gewisser unlustvoller Handlungen.

Bald ergab sich mir Gelegenheit, einer Patientin auch Aufgaben zu erteilen, die darin bestanden, daß sie auf gewisse, bisher unbemerkt gebliebene lustvolle Handlungen (onanieartige Reizung der Genitalien, Stereotypien und tic-

1) Vergl. „Technische Schwierigkeiten einer Hysterie-Analyse" in „Hysterie und Pathoneurosen" (Int. PsA. Bibl. Nr. 2) vom Verf. Die Anregung zu solchem Vorgehen gab mir eine mündliche Äußerung Freuds.

artiges Zupfen oder Reizen anderer Körperstellen) verzichten, den Drang zu diesen Betätigungen beherrschen mußte. Der Erfolg war der nämliche: neues Erinnerungsmaterial wurde zugänglich, der Fortgang der Analyse sichtlich beschleunigt.

Die Konsequenz aus diesen und ähnlichen Erfahrungen hat Prof. Freud in seinem Budapester Kongreßvortrage gezogen[1], er konnte sogar die aus diesen Beobachtungen gezogene Lehre verallgemeinern und die Regel aufstellen: die Kur müsse überhaupt in der Situation der Versagung durchgeführt werden; dieselbe Versagung, die zur Symptombildung führte, müsse als Motiv zum Gesundwerdenwollen während der ganzen Kur aufrechterhalten werden; es sei sogar zweckmäßig, gerade die Befriedigung zu versagen, die der Patient am intensivsten wünscht.

Im Gesagten glaube ich alles Wesentliche deutlich aufgezählt zu haben, was bis jetzt über die Aktivität der psychoanalytischen Technik veröffentlicht wurde und was aus dem allgemein bekannten Methoden als „Aktivität“ hervorgehoben werden kann.

II

Ich möchte nun Bruchstücke aus einigen Analysen mitteilen, die das Gesagte zu bekräftigen und unsere Einsicht in das bei der „aktiven Technik“ tätige Kräftespiel um einiges zu vertiefen geeignet sind. Ich denke zunächst an den Fall einer jungen kroatischen Musikkünstlerin, die an einer ganzen Menge von Phobien und Zwangsbefürchtungen litt. Aus der Unzahl von Symptomen will ich nur einige hervorheben. Sie litt an quälendem Lampenfieber; wurde sie in der Musikschule zum Vorspielen aufgefordert, so wurde sie hochrot im Gesicht; Fingerübungen — die sie, wenn sie allein war, bereits ohne

[1]) „Wege der psychoanalytischen Therapie“ (Ges. Schr., Bd. VI).

Anstrengung automatisch ausführte — schienen ihr von ungeheurer Schwierigkeit; sie griff unausweichlich bei jeder Produktion daneben und hatte die Zwangsidee, sie müsse sich blamieren, was sie auch — trotz ihrer ungewöhnlichen Begabung — reichlich tat. Auf der Gasse glaubte sie sich wegen ihrer zu voluminösen Brüste fortwährend beobachtet und wußte nicht, wie sie sich halten oder benehmen solle, um diese (eingebildete) körperliche Mißgestalt zu verdecken. Bald kreuzte sie die Arme vor der Brust, bald preßte sie die Brüste fest an den Brustkorb; doch kam, wie bei Zwangskranken gewöhnlich — nach jeder Vorsichtsmaßregel der Zweifel, ob sie nicht gerade hiedurch die Aufmerksamkeit auf sich lenke. Ihr Benehmen auf der Straße war bald übertrieben scheu, bald herausfordernd; sie war unglücklich, wenn man ihr (trotz ihrer ausgesprochenen Schönheit) keine Beachtung schenkte, — nicht minder verdutzt war sie aber, wenn sie einmal wirklich von jemandem, der ihr Benehmen mißverstand (oder besser gesagt: es richtig deutete) angesprochen wurde. Sie hatte Angst, aus dem Munde zu riechen, und lief darum jeden Augenblick zum Zahnarzt und zum Stomato-Laryngologen, die bei ihr natürlich nichts konstatieren konnten usw. — Sie kam nach einer mehrmonatigen Analyse zu mir (da der betreffende Kollege aus äußeren Gründen die Kur abbrechen mußte) und war bereits in ihre unbewußten Komplexe recht gut eingeweiht; nur mußte ich in der bei mir fortgesetzten Kur die Beobachtung meines Kollegen bestätigen, daß der Fortschritt der Heilung in gar keinem Verhältnisse zur Tiefe ihrer theoretischen Einsicht und zu dem bereits zutage geförderten Erinnerungsmaterial stand. So ging es auch bei mir noch wochenlang. In einer Stunde nun fiel ihr ein Gassenhauer ein, den ihre ältere (sie in jeder Weise tyrannisierende) Schwester zu singen pflegte. Nach langem Zögern sagte sie mir den recht zweideutigen Text des Liedes und

schwieg dann lange; ich brachte aus ihr heraus, daß sie an die Melodie des Liedes gedacht hatte. Ich zögerte nicht, von ihr auch das Hersingen des Liedes zu fordern. Es dauerte aber fast zwei Stunden, bis sie sich entschloß, das Lied so vorzutragen, wie sie es wirklich meinte. Unzähligemal brach sie inmitten der Strophe ab, so sehr genierte sie sich; auch sang sie zuerst mit leiser, unsicherer Stimme, bis sie — aufgemuntert durch mein Zureden — lauter zu singen begann, wobei sich ihre Stimme mehr und mehr entfaltete und sich als ein ungewöhnlich schöner Sopran entpuppte. Der Widerstand hörte damit nicht auf; sie gestand mir nach einigem Widerstreben, daß die Schwester das Singen des Liedes mit ausdrucksvollen, und zwar ganz unzweideutigen Gesten zu begleiten pflegte, und sie produzierte einige unbeholfene Armbewegungen, um die Gebärden der Schwester zu illustrieren. Schließlich forderte ich sie auf, aufzustehen und das Lied ganz so, wie sie es bei der Schwester gesehen hatte, zu wiederholen. Nach zahllosen, mutlos unterbrochenen Versuchen produzierte sie sich als perfekte Chansonette, mit der Koketterie im Mienenspiel und in den Bewegungen, wie sie es von der Schwester gesehen hatte. Sie schien aber nunmehr an diesen Produktionen Gefallen zu finden und fing an, die Analysenstunden mit solchen zu vertändeln. Als ich das bemerkte, sagte ich ihr, nun wüßten wir ja bereits, daß sie gerne ihre verschiedentlichen Talente produziere und daß sich hinter ihrer Bescheidenheit eine nicht geringe Gefallsucht verstecke; jetzt hieße es: nicht mehr tanzen, sondern weiterarbeiten. Es war überraschend, wie günstig dieses kleine Intermezzo die Arbeit förderte. Es kamen ihr bislang nie zur Sprache gekommene Erinnerungen aus ihrer frühen Kindheit, aus der Zeit der Geburt eines Brüderchens, die auf ihre psychische Entwicklung eine wahrhaft unheilvolle Wirkung gehabt und sie zu einem

ängstlich-schüchternen, überbraven Kinde gemacht hatten. Sie erinnerte sich an die Zeit, wo sie noch eine „kleine Teufelin" war, der Liebling der ganzen Familie und aller Bekannten, die schon damals, und zwar gerne und unaufgefordert, alle ihre Künste zeigte, vorsang und überhaupt eine unbändige Bewegungslust zur Schau trug.

Ich nahm nun diesen aktiven Eingriff zum Vorbild und hielt die Patientin an, Handlungen, vor denen sie die größte Angst hatte, auszuführen. Sie dirigierte vor mir (indem sie auch die Stimmen eines Orchesters nachmachte) einen längeren Satz aus einer Symphonie; die Analyse dieses Einfalles führte zur Aufdeckung des Penisneides, von dem sie seit der Geburt ihres Bruders geplagt war. Sie spielte mir am Klavier das schwierige Stück vor, das sie bei der Prüfung aufzuführen hatte; bald nachher erwies sich in der Analyse, daß ihre Angst, sich beim Klavierspiele zu blamieren, auf Onaniephantasien und Onaniebeschämungen (verbotene „Fingerübungen") zurückging. Wegen ihrer angeblich unförmlich großen Brüste traute sie sich nicht in die Schwimmanstalt; erst nachdem sie auf mein Drängen den Widerstand dagegen überwand, konnte sie sich in der Analyse von ihrer latenten Exhibitionslust überzeugen. Nun, da der Zugang zu ihren verstecktesten Tendenzen eröffnet wurde, gestand sie mir auch, daß sie — in der Stunde — sich sehr viel mit dem Sphinkter ani beschäftigt; bald spielt sie mit dem Gedanken, einen Flatus zu lassen, bald kontrahiert sie den Sphinkter rhythmisch usw. Wie jede technische Regel, versuchte dann die Patientin auch die Aktivität ad absurdum zu führen, indem sie die ihr gewordenen Aufträge übertrieb. Ich ließ sie eine Weile gewähren, dann gab ich ihr den Auftrag, diese Spiele zu unterlassen, und nach nicht allzulanger Arbeit kamen wir auf die analerotische Erklärung ihrer Angst, aus dem Munde zu riechen, die sich bald nach der Reproduk-

tion der dazugehörigen infantilen Erinnerungen (und bei Aufrechterhaltung des Verbotes der Analspiele) wesentlich besserte.

Den größten Besserungsschub verdankten wir der mit Hilfe der „Aktivität“ entlarvten unbewußten Onanie der Patientin. Am Klavier sitzend, hatte sie — bei jeder heftigeren oder leidenschaftlicheren Bewegung — eine wollüstige Mitempfindung der durch die Bewegung gereizten Genitalpartien. Sie mußte sich diese Empfindungen *in flagranti* eingestehen, nachdem sie den Auftrag bekommen hatte, sich am Klavier — wie sie das bei vielen Künstlern sah — recht leidenschaftlich zu gebärden; doch sobald sie anfing, an diesen Spielen Gefallen zu finden, mußte sie damit auf mein Anraten aufhören. Als Erfolg konnten wir dann Reminiszenzen und Rekonstruktionen infantiler Genitalspiele, vielleicht der Hauptquelle ihrer übertriebenen Schamhaftigkeit, registrieren.

Nun ist es aber an der Zeit, uns zu überlegen, was wir eigentlich bei diesen Angriffen anstellten und zu versuchen, uns eine Vorstellung davon zu machen, welchem psychischen Kräftespiel hier die unleugbare Förderung der Analyse zu verdanken war. Unsere Aktivität in diesem Falle läßt sich in zwei Phasen zerlegen. In der ersten mußten der Patientin, die sich vor gewissen Handlungen phobisch hütete, Gebote erteilt werden, diese Handlungen, trotz ihres unlusterzeugenden Charakters, durchzuführen; nachdem die bisher unterdrückten Tendenzen lustvoll geworden waren, hatte sie sich in der zweiten ihrer zu erwehren; gewisse Handlungen wurden ihr verboten. Die Gebote hatten den Erfolg, daß ihr gewisse, bislang verdrängte oder nur in unkenntlichen Rudimenten sich äußernde Antriebe vollbewußt, schließlich auch als ihr angenehme Vorstellungen, als Wunschregungen bewußt wurden. Indem ihr dann die Befriedigung der nunmehr lust-

vollen Betätigung versagt wurde, fanden die einmal geweckten psychischen Regungen den Weg zu längst verdrängtem psychischen Material, zu infantilen Reminiszenzen oder sie mußten als Wiederholungen von etwas Infantilem gedeutet und die Einzelheiten und Umstände der kindlichen Vorgänge, unter Zuhilfenahme des übrigen analytischen Materials (Träume, Einfälle usw.) vom Analytiker rekonstruiert werden. Die Patientin hatte es nun leicht, solche Konstruktionen anzunehmen, da sie doch weder vor sich noch vor dem Arzte ableugnen konnte, die vermuteten Handlungen und die sie begleitenden Affekte soeben *aktuell* erlebt zu haben. So zerfiel die bisher einheitlich ins Auge gefaßte „Aktivität" in die systematische Erteilung, respektive Befolgung von *Geboten* und *Verboten* unter steter Einhaltung der *Freud*schen „Situation der Versagung".

Ich war schon in recht zahlreichen Fällen in der Lage, von diesen Maßnahmen Gebrauch zu machen, und zwar nicht nur — wie im beschriebenen Falle — durch Aktivierung und Beherrschung erotischer Tendenzen, sondern auch hochsublimierter Tätigkeiten. Eine Patientin, die — abgesehen von naiven Versuchen in der Pubertät — niemals dichtete, drängte ich auf gewisse Anzeichen hin dazu, ihre poetischen Einfälle zu Papier zu bringen. Auf diese Weise kam sie dazu, nicht nur ein ungewöhnliches Maß von poetischer Begabung zu entfalten, sondern auch das ganze Ausmaß ihrer bis dahin latent gebliebenen Sehnsucht nach männlicher Produktivität überhaupt, die mit ihrer vorwiegend klitoridiennen Erotik und der sexuellen Anästhesie dem Manne gegenüber zusammenhing. In der Verbotsperiode aber, in der ihr die literarische Arbeit untersagt wurde, stellte sich heraus, daß es sich bei ihr eher um Mißbrauch als um Gebrauch eines Talentes handelte. Ihr ganzer „Männlichkeitskomplex" erwies sich als etwas Sekundäres, als die Folge eines in der Kindheit erlittenen Genital-

traumas, das ihren vordem echt weiblichen und hingebungsfähigen Charakter in die Richtung des Autoerotismus und der Homosexualität verschoben hatte, indem es ihr die Heterosexualität verleidete. Die in der Analyse gemachten Erfahrungen befähigten die Patientin zur richtigen Einschätzung ihrer wirklichen Velleitäten; jetzt weiß sie, daß sie gewöhnlich dann zur Feder greift, wenn sie fürchtet, als Weib nicht voll zur Geltung zu kommen. Dieses analytische Erlebnis hat zur Wiederkehr ihrer normal-weiblichen Genußfähigkeit beigetragen.

Wenn der Patient von vornherein, ohne erhaltenen Auftrag „aktiv“ ist, wenn er onaniert, Zwangshandlungen ausführt, Symptomhandlungen und „passagère Symptome“ produziert, entfällt natürlich die erste, die „Gebotsperiode“, von selbst und beschränkt sich die „Aufgabe“ des Patienten darauf, solche Handlungen zum Zwecke der Förderung der Analyse zeitweilig zu unterlassen. (Allerdings sind die kleinen Symptome oft nur die Rudimente der latenten Tendenzen und der Patient ist zu ihrer vollen Entfaltung erst aufzumuntern.) Von solchen während der Kur aufgetretenen und verbotenen Symptomen erwähne ich: den Drang, unmittelbar vor und nach der Stunde zu urinieren, Brechreiz in der Analysenstunde, unartiges Zappeln, Zupfen und Streicheln am Gesicht, an den Händen oder anderen Körperteilen, das schon erwähnte Spielen mit dem Sphinkter, das Aneinanderdrücken der Beine usw. Bei einem Patienten merkte ich z. B., daß er, sobald der Inhalt der Assoziation für ihn unbequem oder unlustvoll zu werden begann, anstatt weiter zu arbeiten, Affekte produzierte, schrie, zappelte, sich überhaupt ungebärdig benahm. Natürlich war daran nur der Widerstand gegen das bereits angeregte Analysenmaterial schuld; er wollte die ihm unlustvollen Gedanken förmlich von sich „abschütteln“.[1]

[1]) Die Tics und die sogenannten Stereotypien des Kranken erfordern eine besondere Berücksichtigung, die ich in einer anderen Arbeit versuchte. (Band I. dieser Sammlung S. 193 ff.)

Der analytischen Grundregel scheinbar widersprechend, mußte ich mich in einigen Fällen auch dazu entschließen, die Patienten zur Produktion auch von Gedanken und Phantasien aufzumuntern, respektive von solchen abzuraten. So animierte ich schon Kranke, die damit drohten, daß sie mich belügen, zum Beispiel Träume fingieren werden, dazu, diesen Plan doch auszuführen. Wo ich aber den „Mißbrauch der Assoziationsfreiheit"[1] mit Hilfe irreführender und nichtssagender, vom Thema abseitsliegender Einfälle oder Phantasien bemerkte, scheute ich mich nicht davor, dem Patienten zu zeigen, daß er sich damit nur schwierigeren Aufgaben zu entziehen suche und ihm den Auftrag zu geben, lieber den abgebrochenen Gedankenfaden aufzunehmen. Es waren dies eben Fälle, in denen die Patienten dem sie wesentlich Angehenden aber Unlustvollen mit Hilfe des sogenannten Vorbeiredens (Ganser) — man könnte eher sagen des Vorbeidenkens — ausweichen wollten. Dieses Richtunggeben für den Assoziationsablauf, diese Hemmung, respektive Förderung der Gedanken und Phantasien ist sicherlich ebenfalls Aktivität im hier gebrauchten Sinne des Wortes.

III

Über die Indikationsstellung der Aktivität läßt sich wenig Allgemeingültiges sagen; wenn irgendwo, so heißt es wohl hier individuell vorzugehen. Der Hauptgesichtspunkt dabei ist und bleibt die möglichste Sparsamkeit mit diesem technischen Hilfsmittel, das ja nur ein Notbehelf, eine pädagogische Nachhilfe der eigentlichen Analyse ist und nie den Anspruch erheben darf, sich an ihre Stelle setzen zu wollen. Ich verglich solche Maßnahmen bei einem anderen Anlasse mit der Zange des Geburtshelfers, die ja auch nur im äußersten

1) „Zur psychoanalytischen Technik". (Dieser Band S. 38 ff.)

Notfalle in Gebrauch genommen werden darf, und deren unnötige Anwendung in der Medizin mit Recht zum Kunstfehler gestempelt wird. Anfänger oder Analytiker mit nicht sehr großer Erfahrung tun überhaupt besser, darauf so lange als möglich zu verzichten, nicht nur weil sie damit die Kranken leicht auf falsche Fährten führen (oder von ihnen irregeführt werden) können, sondern auch, weil sie dadurch leicht die einzige Gelegenheit versäumen, die Erkenntnisse und die Überzeugungen von der Dynamik der Neurosen zu gewinnen, die nur aus dem Verhalten der ohne jede äußere Beeinflussung behandelten, nur der „Grundregel“ unterworfenen Patienten zu holen ist.

Von den vielen Kontraindikationen hebe ich nur einige hervor. Am Beginne einer Analyse sind derlei technische Kunstgriffe von Übel. Die Gewöhnung an die Grundregel gibt da dem Patienten gerade genug zu schaffen, auch hat sich der Arzt anfänglich möglichst reserviert und passiv zu verhalten, um die spontanen Übertragungsversuche des Patienten ja nicht zu stören. Im späteren Verlaufe der Kur kann sich, je nach der Eigenart des Falles, mehr oder minder oft die Aktivität von Nutzen oder auch unvermeidlich erweisen. Selbstverständlich muß der Analytiker wissen, daß ein solches Experiment ein zweischneidiges Schwert ist; er muß also sichere Anzeichen von der Tragfestigkeit der Übertragung haben, bevor er sich dazu entschließt. Die Aktivität arbeitet, wie wir sahen, immer „gegen den Strich“, das heißt gegen das Lustprinzip. Ist die Übertragung schwach, d. h. die Kur für den Patienten noch nicht zum Zwange geworden (Freud), — so benützt er die neue und ihm lästige Aufgabe leicht zur vollen Ablösung vom Arzt und zur Flucht aus der Kur. Das ist die Erklärung der Mißerfolge der „wilden Psychoanalytiker“, die meist allzu aktiv und gewaltsam vorgehen und damit ihre Klienten

abschrecken. — Anders sind die Verhältnisse gegen das Ende einer Analyse. Da braucht sich ja der Arzt durchaus nicht davor zu ängstigen, daß ihm der Patient durchgeht, gewöhnlich hat er eben mit dessen Bestreben zu kämpfen, die Kur ins Endlose fortzusetzen, das heißt sich an die Kur statt an die Wirklichkeit zu klammern. „Endspiele" der Analyse gelingen selten ohne aktive Eingriffe, respektive Aufgaben, die der Patient außer der genauen Einhaltung der „Grundregeln" zu leisten hat. Als solche nenne ich: Terminsetzungen zur Beendigung der Kur, das Drängen zu einer sichtlich schon gereiften, aber aus Widerstand hinausgeschobenen Entscheidung, hie und da auch die Leistung einer besonderen, vom Arzte auferlegten Opferhandlung, einer wohltätigen oder sonstigen Spende. Nach einer solchen, zunächst erzwungenen und vom Kranken widerwillig ausgeführten Handlung fallen einem manchmal (wie zum Beispiel in Freuds Fall einer „infantilen Neurose") die letzten Aufklärungen und Reminiszenzen des Kranken gleichsam als Abschiedsgeschenke in den Schoß, nicht selten gleichzeitig mit einem oft nur kleinen, aber symbolisch bedeutsamen Geschenk, das in diesen Fällen vom Patienten wirklich gebracht und nicht wie in der Analyse „aufgelöst" wird.

Es gibt eigentlich keine Neurosenart, bei der die Aktivität gelegentlich nicht anzuwenden wäre. Von den Zwangshandlungen und angsthysterischen Phobien sagte ich bereits, daß man bei ihnen selten ohne diese Technik auskommt. Selten bedarf man ihrer bei der echten Konversionshysterie, aber ich erinnere mich eines Falles, den ich vor vielen Jahren einmal ähnlich behandelte, ohne zu wissen, daß ich dabei aktive Therapie betrieb. Ich will den Fall kurz mitteilen.

Ein bäuerlich aussehender Mann suchte meine Ordination an der Arbeiter-Poliklinik mit der Klage auf, an Anfällen von Bewußtlosigkeit zu leiden. Ich hielt seine Attacken für hysterische

und nahm ihn in die Wohnung mit nach Hause, um ihn etwas ausführlicher zu explorieren. Er erzählte mir eine langwierige Familiengeschichte vom Zwist mit dem Vater, einem wohlhabenden Landwirt, der ihn wegen seiner Mesalliance verstieß, so daß er „als Kanalräumer arbeiten muß, während ...“ — bei diesen Worten wurde er blaß, schwankte und wäre hingestürzt, hätte ich ihn nicht aufgefangen. Er schien das Bewußtsein verloren zu haben und murmelte unverständliches Zeug; — ich aber ließ mich nicht beirren, rüttelte den Mann ganz tüchtig, wiederholte den von ihm begonnenen Satz und forderte von ihm ganz energisch, den Satz zu Ende zu sagen. Er sagte dann mit schwacher Stimme, er müsse als Kanalräumer arbeiten, während sein jüngerer Bruder den Acker bestellt; er sehe ihn, wie er hinter dem von sechs schönen Ochsen bespannten Pflug einhergeht, dann nach getaner Arbeit nach Hause fährt, mit dem Vater zusammen ißt usw. Auch ein zweites Mal wollte er ohnmächtig werden, als er von dem Zwiespalt zwischen seiner Frau und der Mutter erzählte; ich zwang ihn aber, auch das zu Ende zu sagen. Mit einem Worte, der Mann hatte die Fähigkeit zu hysterischen Ohnmachten, die er immer wieder bekam, wenn er aus der unglücklichen Wirklichkeit in die schöne Welt der Phantasie flüchten oder wenn er allzu peinlichen Gedankengängen ausweichen wollte. Das „aktiv“ erzwungene, bewußte Zuendedenken der hysterischen Phantasien hat nun beim Kranken wie eine Wunderkur gewirkt; er konnte nicht genug darüber staunen, daß ich ihn so „ohne Medizin“ heilen konnte. Einen in ähnlichem Sinne aktiv beeinflußten hysterischen Anfall bei einem zwangskranken Kinde teilte unlängst Sokolnicka mit.[1] Sie äußerte auch die sehr beachtenswerte Idee, daß man den Symptomen, die im Dienste

1) „Analyse einer infantilen Zwangsneurose.“ Int. Zschr. f. PsA., VI, S. 228.

des sekundären Krankheitsgewinnes stehen, pädagogisch beizukommen trachte.

Ich erwähne bei dieser Gelegenheit auch die Simmelschen Analysen von traumatischen Kriegshysterien,[1] in denen durch aktives Eingreifen die Kurdauer wesentlich verkürzt wurde, und die mir von Hollós in Budapest mündlich mitgeteilten Erfahrungen bei der aktiven Behandlung von Katatonikern. Überhaupt dürften Kinderneurosen und Geisteskrankheiten ein besonders dankbares Feld für die Anwendung pädagogischer und sonstiger Aktivität sein, nur darf nie außer acht gelassen werden, daß solche Aktivität nur dann als eine psychoanalytische bezeichnet werden kann, wenn sie nicht als Selbstzweck, sondern als Hilfsmittel der Tiefenforschung zur Anwendung gelangt.

Die aus äußeren Gründen notwendige Abkürzung der Behandlungsdauer, die Massenbehandlung beim Militär, in der Poliklinik usw. dürften die Aktivität in ausgiebigerem Maße als normale individuelle Psychoanalysen indizieren. Allerdings kann ich hier aus eigener Erfahrung auf zwei Gefahren aufmerksam machen. Die eine ist, daß der Patient infolge solcher Eingriffe zu rasch und damit unvollständig geheilt wird.[2] Eine zwangsneurotisch-phobische Patientin z. B. vermochte ich durch Aufmunterung bald dazu zu bringen, alle die Situationen, die sie vorher ängstlich mied, mit Vergnügen aufzusuchen; sie wurde aus einer schüchternen Person, die sich immer von der Mutter begleiten lassen mußte, eine außerordentlich lebenslustige, selbständige Dame, die sich von einer ganzen Schar von Verehrern umgeben ließ. Zum zweiten, dem Versagungsteile der aktiven Technik, kam es aber bei ihr überhaupt

---

1) „Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen." (Int. PsA. Bibl., Bd. 1.)

2) S. „Diskontinuierliche Analysen." (Dieser Band S. 55 ff.)

nicht; ich entließ sie in der sicheren Erwartung, daß sie diese Kehrseite der aktiven Technik in einer zweiten Analyse werde durchmachen müssen, sobald äußere Schwierigkeiten den nur unvollständig gelösten inneren Konflikt neuerlich zur Symptombildung steigern würden. Die andere Gefahr ist die, daß infolge Reizung der Widerstände die Kur, die man mit der Aktivität abkürzen wollte, wider Erwarten in die Länge gezogen wird.

Von speziellen Indikationen der aktiveren Analyse nenne ich nochmals Fälle von Onanie, deren larvierte und oft chamäleonartig veränderliche Formen konsequent zu entlarven und zu verbieten sind, wobei es dann die Patienten oft zum ersten Male zu wirklichen Onaniebetätigungen bringen. Die unverhüllten Formen der Onanie möge man eine Weile beobachten, bis sie sich sozusagen voll entfaltet haben; des unbewußten (Ödipus-) Kerns der Selbstbefriedigungsphantasien wird man wohl nie ohne vorherige Abstellung der Befriedigung selbst habhaft werden.

Auch bei der Behandlung der Impotenz schaut man den — meist fruchtlosen — Begattungsversuchen der Patienten eine Zeitlang untätig zu, bald jedoch wird man wohl in jedem Falle diese Selbstheilungsversuche der Patienten wenigstens zeitweilig untersagen und von Koitusversuchen solange abraten müssen, bis sich als Resultat der Analyse die wirkliche Libido mit ihren unzweideutigen Merkmalen meldet. Selbstverständlich ist das durchaus nicht als Axiom hinzustellen; es gibt gewiß auch Fälle, in denen man die Kur ohne jede solche Beeinflussung der sexuellen Betätigung zu Ende führt. Es kommt übrigens auch vor, daß man im Interesse der Vertiefung der Analyse auch nach der bereits erlangten sexuellen Leistungsfähigkeit dem Patienten vom Sexualverkehr einstweilen abraten muß.

Einen recht ausgiebigen Gebrauch von der Aktivität mußte ich in den Fällen machen, die man „Charakteranalysen" nennen könnte. In gewissem Sinne rechnet jede Analyse mit dem Charakter des Patienten, wenn sie sein Ich allmählich zur Annahme peinlicher Einsichten vorbereitet. Es gibt aber Fälle, in denen nicht so sehr neurotische Symptome, als vielmehr abnorme Charaktereigenschaften vorherrschen. Charaktereigenschaften unterscheiden sich von neurotischen Symptomen unter anderem dadurch, daß bei ihnen die „Krankheitseinsicht" ähnlich wie bei den Psychosen zu fehlen pflegt; sie sind gleichsam vom narzißtischen Ich geduldete, ja anerkannte Privatpsychosen, jedenfalls Abnormitäten des Ichs, deren Änderung eben seitens des Ich der größte Widerstand entgegengesetzt wird. Der Narzißmus des Patienten kann, wie wir von Freud wissen, der analytischen Beeinflußbarkeit des Patienten ein Ziel setzen, besonders da der Charakter sich als Schutzwall vor dem Zugang zu den infantilen Erinnerungen zu erheben pflegt. Gelingt es da nicht, den Patienten nach dem Ausdrucke Freuds in die „Siedehitze der Übertragungsliebe" zu versetzen, in der auch die sprödesten Charaktereigenschaften schmelzen, so mag man einen letzten Versuch mit der entgegengesetzten Methode machen, und Charakterzüge, die oft nur angedeutet sind, durch die dem Patienten gegebenen, für ihn unlustvollen Aufgaben, also durch die aktive Technik, reizen, dabei zur vollen Entfaltung bringen und so ad absurdum führen. Daß eine solche Reizung leicht zum Abbruch der Analyse führen kann, brauche ich kaum zu betonen; hält aber die Anhänglichkeit des Patienten dieser Probe stand, so kann unsere technische Bemühung von einem Fortschritt in der Analyse gekrönt sein.

In den bisher behandelten Fällen bestand die Aktivität des Arztes nur darin, daß er den Patienten gewisse Verhaltungsmaßregeln vorschrieb, d. h. sie durch ihr Benehmen zur

aktiven Mithilfe an der Kur bewog. Prinzipiell zu scheiden ist hievon die Frage, ob der Arzt in der Lage ist, durch sein eigenes Benehmen dem Kranken gegenüber die Kur zu fördern. Indem wir den Kranken zur Aktivität drängen, geben wir ihm eigentlich die Anleitung zur Selbsterziehung, die das Ertragen des noch Verdrängten erleichtern soll. Es fragt sich nun, ob wir auch die sonstigen Hifsmittel der Pädagogik, als deren wichtigste Lob und Tadel zu nennen sind, anwenden dürfen?

Freud sagte gelegentlich, daß bei Kindern die analytische Nacherziehung nicht von aktuellen Aufgaben der Pädagogik zu trennen ist. Die Neurotiker haben aber, besonders in der Analyse, alle etwas Kindliches an sich und man kommt manchmal in der Tat in die Lage, eine allzu stürmische Übertragung mit etwas Zurückhaltung abzukühlen, besonders Spröden etwas Freundlichkeit zu zeigen und durch diese Maßnahme das nötige „Temperaturoptimum“ des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient herzustellen. Niemals aber darf der Arzt im Patienten Erwartungen wecken, die er nicht halten kann oder darf; er muß für die Aufrichtigkeit jeder getanen Äußerung bis zum Ende der Kur haften. Nur innerhalb des Rahmens der vollen Aufrichtigkeit ist einiger Raum für taktische Maßnahmen dem Patienten gegenüber da. Ist einmal jenes „Optimum“ erreicht, so wird man sich natürlich nicht länger mit diesem Verhältnis beschäftigen, sondern sich sobald als möglich der Hauptaufgabe der Analyse, der Erforschung des Unbewußten und des Infantilen, zuwenden.

IV

Ich kam zu wiederholten Malen in die Lage, mich gegen unmotivierte und meiner Ansicht nach überflüssige oder gar irreführende Vorschläge zur Modifikation der psychoanalytischen

Technik auszusprechen. Wenn ich nun selbst mit einigen neuen Vorschlägen komme, so muß ich entweder meine bisher geäußerten konservativen Ansichten zurückziehen oder nachweisen, daß diese Vorschläge mit den früheren Äußerungen verträglich sind. Ich bin auch darauf gefaßt, daß meine seinerzeitigen Gegner sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen werden, mich der Inkonsequenz zu zeihen. Ich denke dabei an meine kritischen Äußerungen über die technischen Vorschläge von Bjerre, Jung und Adler.

Bjerre schlug vor, sich bei der Analyse nicht mit der Erforschung der pathogenen Ursachen zu begnügen, sondern auch die geistige und ethische Leitung und Lenkung des Patienten in die Hand zu nehmen. Jung wollte, daß der Psychotherapeut die Aufmerksamkeit des Kranken von der Vergangenheit weg — und auf die aktuellen Aufgaben des Lebens hinlenke; Adler sagte, daß man sich nicht mit der Analyse der Libido, sondern des „nervösen Charakters" zu beschäftigen habe. Meine heutigen Vorschläge zeigen nun gewisse Analogien mit diesen Modifikationen, aber die Unterschiede sind viel zu augenfällig, als daß sie der objektiven Beurteilung entgehen könnten.

Die Weisungen, die ich dem Patienten — und zwar, wie gesagt, nur in gewissen Ausnahmsfällen — zu geben vorschlage, beziehen sich durchaus nicht auf die praktische oder geistige Lebensführung im allgemeinen, sie beziehen sich nur auf gewisse Einzelhandlungen; sie sind auch nicht a priori aufs Moralische gerichtet, sondern nur gegen das Lustprinzip; sie hemmen die Erotik (die „Unmoral") nur, insofern sie damit ein praktisch-analytisches Hindernis aus dem Wege zu schaffen hoffen. Es kann aber ebensowohl vorkommen, daß man beim Patienten eine von ihm abgewehrte erotische Tendenz duldet oder ihn dazu ermutigt. Die Charakteruntersuchungen

werden niemals in den Vordergrund unserer Technik gerückt, sie spielen hier auch nicht die ausschlaggebende Rolle wie bei Adler, sondern werden nur angerührt, wenn gewisse abnorme, den Psychosen vergleichbare Züge die normale Fortsetzung der Analyse stören.

Man könnte auch einwenden, daß die „aktive Technik“ eine Rückkehr zur banalen Suggestions- oder zur kathartischen Abreagiertherapie sei. Dem wäre zu entgegnen, daß wir bestimmt nicht im alten Sinne suggerieren, da wir ja nur gewisse Verhaltungsmaßregeln vorschreiben, den Erfolg der Aktivität aber nicht voraussagen, ja im vorhinein nicht einmal selbst wissen. Indem wir Gehemmtes fördern, Ungehemmtes hemmen lassen, hoffen wir nur auf eine Neuverteilung der psychischen, in erster Linie der libidinösen Energien des Kranken, die der Zutageförderung verdrängten Materials förderlich ist. Was aber dieses Material sein wird, das reden wir dem Kranken um so weniger ein, als wir uns davon selbst gerne überraschen lassen. Schließlich versprechen wir davon weder uns noch dem Patienten eine unmittelbare „Besserung“ des Zustandes. Im Gegenteil, die Reizung des Widerstandes durch die Aktivität stört nicht wenig die behagliche, aber torpide Ruhe einer ins Stocken geratenen Analyse. Eine Suggestion aber, die nur Unangenehmes verspricht, unterscheidet sich nicht unwesentlich von den bisherigen gesundheitsversprechenden ärztlichen Suggestionen, so daß sie kaum mehr mit demselben Namen belegt werden kann. Nicht minder groß sind die Unterschiede zwischen der „Aktivität“ und der kathartischen Therapie. Die Katharsis machte es sich zur Aufgabe, Reminiszenzen zu wecken, und erzielte durch das Erwecken von Erinnerungen die Abreaktion eingeklemmter Affekte. Die aktive Technik regt beim Patienten gewisse Handlungen, Hemmungen, psychische Einstellungen oder eine Affektabfuhr an und erhofft das

sekundäre Zugänglichwerden des Unbewußten oder des Erinnerungsmaterials. Jedenfalls ist die beim Kranken angeregte Betätigung nur Mittel zum Zweck, während die Affektabfuhr der Katharsis als Selbstzweck betrachtet wurde. Wo also die Katharsis ihre Aufgabe für beendet hält, dort beginnt für den „aktiven" Analytiker erst die eigentliche Arbeit.

Indem ich aber die Unterschiede (zum Teil direkte Gegensätze) zwischen den erwähnten Behandlungsmethoden und Modifikationen einerseits und der aktiven Technik andererseits hervorhebe, will ich durchaus nicht leugnen, daß die kritiklose Anwendung meiner Vorschläge leicht zu einer Verzerrung der Analyse in eine der von Jung, Adler und Bjerre eingeschlagenen Richtungen führen oder zur kathartischen Therapie regredieren kann. Ein Grund mehr, diese technischen Hilfsmittel mit der größten Vorsicht und erst bei voller Beherrschung der regelrechten Psychoanalyse anzuwenden.

V

Zum Schlusse möchte ich kurz einige Überlegungen mitteilen, mit denen ich mir die Wirksamkeit der aktiven Technik auch theoretisch erklärlich zu machen versuche. Die Aktivität in dem beschriebenen Sinne bewirkt vor allem eine Steigerung des Widerstandes, indem sie die Ichempfindlichkeit reizt. Sie führt aber auch die Exazerbation der Symptome herbei, indem durch sie die Heftigkeit des inneren Konflikts zunimmt. Die aktiven Eingriffe erinnern also an Reizkuren, die man in der Medizin gegen gewisse torpide oder chronische Prozesse anwendet; ein chronisch gewordener Schleimhautkatarrh erweist sich gegen jede Behandlung refraktär, die akute Exazerbation durch künstliche Reizung führt aber nicht nur zur Entdeckung latenter Krankheitsherde, sie weckt auch

Abwehrkräfte des Organismus, die beim Heilungsvorgang nützlich sein können.

Eine ganz andersartige theoretische Überlegung beleuchtet die Wirksamkeit der aktiven Technik vom Standpunkte der psychischen Ökonomie. Wenn der Kranke lustvolle Tätigkeiten einstellt, unlustvolle erzwingt, so entstehen bei ihm neue psychische Spannungszustände, zumeist Steigerungen der Spannung, die auch entfernte oder tief verdrängte, bisher von der Analyse verschont gebliebene Seelengebiete in ihrer Ruhe stören, so daß deren Abkömmlinge — in Form von deutbaren Einfällen — den Weg zum Bewußtsein finden.

Ein Teil der Wirksamkeit der Aktivität wird vielleicht von der „sozialen" Seite der analytischen Therapie her verständlich. Um wie viel stärker und tiefer die Beichte als das Selbstbekenntnis, das Analysiertwerden als die Selbstanalyse wirkt, ist allgemein bekannt. Erst unlängst hat ein ungarischer Soziologe diese Wirkung gebührend gewürdigt. Eine weitere Steigerung dieser Wirkung erzielen wir aber, wenn wir einen Patienten dazu verhalten, tief versteckte Regungen sich nicht nur zu bekennen, sondern sie auch *vor dem Arzte zu agieren*. Wenn wir ihm dann auch die Aufgabe stellen, diese Regungen *bewußt zu beherrschen*, haben wir wahrscheinlich den ganzen Prozeß einer Revision unterzogen, der irgend einmal in unzweckmäßiger Art mittels der *Verdrängung* erledigt wurde. Es ist gewiß kein Zufall, daß in der Analyse gerade infantile *Unarten* so häufig zur Entfaltung gebracht, dann untersagt werden müssen.[1]

Daß die vom Kranken erzwungenen Affektäußerungen oder motorischen Aktionen sekundär Reminiszenzen aus dem Unbewußten heben, beruht zum Teil wohl auf der von *Freud*

1) S. auch „Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten" (vom Verf.). Int. PsA. Verlag 1925.

in der „Traumdeutung“ betonten Reziprozität von Affekt und Vorstellung. Die Erweckung einer Reminiszenz kann — wie bei der Katharsis — eine Affektreaktion nach sich ziehen; aber eine vom Kranken verlangte Tätigkeit oder ein bei ihm ausgelöster Affekt kann ebensowohl gewisse zu solchen Vorgängen assoziierte verdrängte Vorstellungen zutage fördern. Natürlich muß der Arzt Anhaltspunkte dafür haben, welche Affekte oder Aktionen nach Reproduktion verlangen. Es ist auch möglich, daß gewisse frühinfantile unbewußt-pathogene Seeleninhalte, die überhaupt nie bewußt (oder vorbewußt) waren, sondern noch aus der Periode der „unkoordinierten Gesten“ oder der „magischen Gebärden“, also aus der Zeit vor der Entwicklung des Sprachverständnisses stammen,[1] — überhaupt nicht einfach erinnert, sondern nur durch ein Wiedererleben im Sinne der Freudschen Wiederholung reproduziert werden können. Die aktive Technik spielt dabei nur die Rolle des *agent provocateur*, ihre Gebote und Verbote fördern das Zustandekommen von Wiederholungen, die dann gedeutet, respektive zu Erinnerungen rekonstruiert werden sollen. „Es ist eine Feier der Therapie“, — sagt Freud — „wenn es gelingt, auf dem Erinnerungswege zu erledigen, was der Patient durch Aktion abführen möchte.“ — Die aktive Technik will nichts mehr und nichts anderes, als gewisse noch latente Wiederholungstendenzen durch Aktion zutage fördern und dadurch der Therapie vielleicht etwas rascher als bisher zu jenen Triumphen verhelfen.

1) Vgl. „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“ (Band I. S. 62).

Über forcierte Phantasien

Aktivität in der Assoziationstechnik

Vortrag in der „Ungarländischen Psychoanalytischen Vereinigung“ im Mai 1923

Im Haager Kongreßvortrage über die „aktive“ psychoanalytische Technik[1] führe ich aus, daß man manchmal in die Lage kommt, dem Patienten Gebote und Verbote in Bezug auf gewisse Handlungen erteilen zu müssen, um hiedurch den gewohnheitsmäßigen (pathologischen) Abfluß der Reizabströmung aus dem Psychischen zu stören, und daß die aus diesem Eingriffe resultierenden neuen psychischen Spannungsverhältnisse imstande sein können, bisher verborgen gebliebenes Material im Unbewußten zu aktivieren und im Assoziationsmaterial manifest werden zu lassen. Zwischendurch mache ich aber schon dort die Bemerkung, daß diese Aktivität sich gelegentlich auch auf die Beeinflussung des Assoziationsmaterials selbst erstrecken kann. Wenn man z. B. beim Patienten Anzeichen des „Mißbrauches der Assoziationsfreiheit“[2] merkt und ihn darauf aufmerksam macht oder wenn man den Redefluß des Analysierten plötzlich unterbricht und auf etwas früher Vor-

---

1) Dieser Band S. 62 ff.

2) Dieser Band S. 38 ff. „Zur psychoanalytischen Technik.“

gebrachtes zurückkommt, vor dem der Patient mit seiner Logorrhöe nach Art des „Vorbeiredens“ zu entfliehen sucht, sündigen wir anscheinend gegen die „psychoanalytische Grundregel“, bleiben aber einer anderen, noch wichtigeren Regel treu, der nämlich, daß es eine der Hauptaufgaben des Analytikers ist, die Widerstände des Patienten zu entlarven; von dieser Regel dürfen aber auch jene Fälle keine Ausnahme machen, in denen der Widerstand unsere assoziative Grundregel zur Vereitelung der Absichten der Kur verwenden möchte.

In noch selteneren Fällen sah ich mich, wie ich schon im Haag berichtete, in die Notwendigkeit versetzt, solche Assoziationsverbote auch auf die Phantasietätigkeit des Patienten auszudehnen. Kranke, deren Symptome in gewohnheitsmäßigen Tagträumen bestehen, pflege ich gelegentlich dazu anzuhalten, solche Phantasien gewaltsam zu unterbrechen und sich anzustrengen, jenen phobisch gemiedenen psychischen Eindruck aufzusuchen, vor dem sie auf das pathologische Phantasiegeleise ausgewichen sind. Solche Beeinflussung glaubte und glaube ich gegen den Vorwurf, man vermenge hier die Methode der freien Einfälle mit dem Suggestionsverfahren, gefeit; bestand doch hier unser Eingriff nur in einer Hemmung, in der Absperrung gewisser Assoziationswege, während das an ihrer Stelle Produzierte vom Analysierten allein geliefert wurde, ohne daß wir in ihm Erwartungsvorstellungen geweckt hätten.

Seither sah ich aber ein, daß es Übertriebenheit und Pedanterie wäre, diese Einschränkung unter allen Umständen einzuhalten, ja ich mußte mir eingestehen, daß wir dies eigentlich niemals wörtlich eingehalten haben. Wenn wir die freien Einfälle des Patienten deuten, und das tun wir unzähligemal in jeder Analysenstunde, lenken wir ja in einem fort seine Assoziationstätigkeit, erwecken in ihm Erwartungs-

vorstellungen, bahnen so seine Ideenverknüpfungen auch inhaltlich, sind also eminent aktiv, indem wir ihm gleichsam Assoziationsgebote erteilen. Der Unterschied zwischen diesen und der gemeinen Suggestion besteht nur mehr darin, daß wir unsere Deutungsvorschläge nicht als unwiderlegliche Enunziationen erachten, sondern deren Gültigkeit davon abhängig sein lassen, ob sie durch das daraufhin sich einstellende Erinnerungs- (oder Wiederholungs-) Material bestätigt werden oder nicht. Unter solchen Bedingungen erweist sich, wie es Freud längst feststellte, die „Suggestibilität", d. h. die kritiklose Annahme unserer Vorschläge seitens des Analysierten, keineswegs sehr stark. Im Gegenteil, besteht die erste Reaktion auf die Deutung zumeist im Widerstande, in einer mehr minder schroffen Ablehnung, und erst viel später wird uns möglicherweise das bestätigende Material zur Verfügung gestellt. Ein anderer Unterschied zwischen uns und dem allmächtigen Suggestor ist der, daß auch wir selber eine Dosis Skepsis unseren eigenen Deutungsvorschlägen gegenüber beibehalten und immer bereit sein müssen, diese zu modifizieren oder ganz zurückzuziehen, auch dann sogar, wenn der Patient etwa unsere irrtümliche oder unvollständige Deutung bereits akzeptiert hatte.

Im Besitze dieser Einsichten entfiel der prinzipielle Einwand gegen die etwas eindringlichere Verwendung solcher Assoziationsgebote in der Analyse, natürlich nur in Fällen, in denen ohne sie die Arbeit gar nicht oder überaus langsam vonstatten ging.

Ich denke zunächst an einen Menschentypus, der sich in der Analyse wie auch im Leben besonders phantasiearm, wenn auch nicht phantasielos, gebärdet, Menschen, an denen die eindrucksvollsten Erlebnisse spurlos vorbeizugehen scheinen. Solche sind imstande, in der Erinnerung Situationen zu

reproduzieren, die nach unserer Schätzung in jedem Menschen notwendigerweise heftige Affekte der Angst, der Rache, der erotischen Erregung usw. und die zur Affektabfuhr erforderlichen Handlungen, Wollungen, Phantasien oder zumindest äußerliche oder innerliche Ausdrucksbewegungen hätten erwecken müssen, ohne auch nur die Spur solcher Reaktionen zu fühlen oder zu äußern. In solchen Fällen nun zögere ich nicht, gestützt auf das Vorurteil, daß solches Verhalten auf Verdrängung psychischen Materials und auf Unterdrückung von Affekten beruht, die Patienten dazu zu drängen, die adäquaten Reaktionen nachzuholen, und wenn sie immer noch dabei beharren, daß ihnen nichts einfalle, so beauftrage ich sie, solche Reaktionen in der Phantasie frei zu erfinden. Auch den Einwand, der mir dann gewöhnlich entgegengehalten wird, daß solche Phantasien doch ganz „künstlich", „unnatürlich", ihnen wesensfremd, erlogen usw. seien, wofür der Patient jede Verantwortlichkeit ablehnt, pflege ich zu erwidern, daß er ja nicht die Aufgabe habe, die Wahrheit (die Wirklichkeit) zu sagen, sondern alles, was ihm einfalle, ohne Rücksicht auf dessen objektive Realität, auch sei er gewiß nicht verpflichtet, diese Phantasien als ganz spontane Leistungen anzuerkennen. Solcherart seiner intellektuellen Widerstände entwaffnet, versucht dann der Patient, meist nur sehr zögernd, stockend und in jedem Momente im Begriffe, damit aufzuhören (was ein fortwährendes Drängen seitens des Analysierenden erfordert), die in Rede stehende Situation auszumalen. Mit der Zeit wird er aber mutiger, seine „erdichteten" Phantasieerlebnisse bunter, lebhafter und eindrucksvoller, es kommt schließlich auch dazu, daß er ihnen nicht mehr kühl-objektiv gegenüberstehen kann, sondern daß die Phantasie mit ihm „durchgeht", ja, ich erlebte mehrmals das Schauspiel, daß eine solche „erfundene" Phantasie in ein Erleben von beinahe halluzinatorischer Schärfe — je

nach ihrem Inhalte, mit den deutlichsten Anzeichen der Angst, der Wut oder der erotischen Erregung — auslief. Der analytische Wert solcher „forcierter Phantasien", wie ich sie nennen möchte, ist unbestreitbar. Zum ersten liefern sie den Beweis, daß der Patient solcher psychischer Produktionen, vor denen er sich frei wußte, überhaupt fähig ist; sodann gaben sie uns die Handhabe zur tieferen Erforschung des Unbewußt-Verdrängten.

In einzelnen Fällen, wenn der Patient trotz starken Drängens nichts produzieren wollte, hielt ich mich auch davor nicht zurück, ihm direkt nahezulegen, was er ungefähr in der gegebenen Situation hätte fühlen, denken oder phantasieren sollen; und wenn er schließlich auf meinen Vorschlag einging, war es natürlich weniger die von mir gelieferte Haupthandlung, als die vom Analysierten hinzugefügten Einzelheiten, auf die ich Wert legen konnte.

Der solcherart Überrumpelte pflegt, trotz der intensiven Erlebnisstärke der in der Stunde produzierten „forcierten Phantasie", bis zur nächsten Stunde alles daran zu setzen, um deren Überzeugungswert möglichst abzubauen und er muß dieselbe oder eine ähnliche Phantasie mehrmals durchleben, bis davon ein Rest von Selbsteinsicht übrig bleibt. In anderen Fällen kommt es aber dabei zur Produktion oder Reproduktion ganz unerwarteter, weder vom Arzte noch vom Patienten vorhergesehener Szenen, die einen unauslöschlichen Eindruck in der Mentalität der Patienten zurücklassen und die analytische Arbeit wie mit einem Ruck fördern. Gingen wir aber mit unserer Vermutung in die Irre und liefert der Patient in Fortsetzung des von uns Angeregten Einfälle und Phantasien, die den von uns forcierten widersprechen, so müssen wir unseren Irrtum frei einbekennen, obzwar es nicht ausgeschlossen ist, daß das spätere Analysenmaterial uns doch noch recht geben wird.

Dreierlei Phantasien waren es hauptsächlich, die ich mich auf ähnliche Weise zu forcieren bemüßigt sah, und zwar: *1)* positive und negative Übertragungsphantasien, *2)* infantile Erinnerungsphantasien, *3)* Onaniephantasien.

Aus dem Analysenmaterial der letzten Wochen möchte ich Ihnen Beispiele dafür vorbringen.

Ein sonst gar nicht phantasiearmer, aber in seinen eigenen Gefühlsäußerungen durch vorgefaßte Meinungen (Ideale) stark behinderter Mann wird vom Analytiker, auf den er viel Freundlichkeit und Zärtlichkeit übertrug, gegen das Ende der Analyse ziemlich unsanft an die Aussichtslosigkeit dieser seiner Einstellung erinnert, zugleich wird ihm ein Termin gesetzt, bis zu dem er entweder geheilt sein oder ungeheilt entlassen werden müsse. Statt der erwarteten Wut- und Rachereaktion, die ich als Wiederholung tiefverdrängter infantiler Seelenvorgänge gleichsam provozieren wollte, kamen einige langweilige, stimmungs- und arbeitslose, aber auch von Affekten und affektiv gefärbten Phantasien vollkommen freie Stunden. Ich hielt ihm vor, er müsse mich nach dem Vorgefallenen hassen und es sei unnatürlich, daß er davon nichts verspüre. Er aber wiederholte unentwegt, er sei mir nur dankbar, er fühle mir gegenüber nur Freundlichkeit usw. Ich drängte ihn, doch über mich etwas Aggressives auszudenken. Nach den gewohnten Abwehr- und Ablehnungsversuchen kamen schließlich schüchterne, dann immer heftigere Aggressionsphantasien, die letzteren unter Anzeichen deutlicher Angst (Angstschweiß). Schließlich kamen ihm aber Schlagephantasien von halluzinatorischer Schärfe, dann die Phantasie, daß er mir die Augen aussticht, die plötzlich in eine sexuelle Szene umschlug, in der ich die Rolle des Weibes spielte. Während des Phantasierens hatte der Patient deutliche Erektionen. Der weitere Verlauf seiner Analyse verlief im Zeichen solcher forcierter

Phantasien, die es ihm ermöglichten, fast alle Situationen des „vollständigen Ödipuskomplexes“ mit der Person des Analytikers zu erleben, und dem Analytiker, aus diesen Phantasien die frühinfantile Libidoentwicklungsgeschichte des Patienten zu rekonstruieren.

Eine Patientin behauptet, die gewöhnlichsten obszönen Bezeichnungen für die Genitalien und Genitalvorgänge nicht zu kennen. Ich habe keinen Grund, an ihrer Aufrichtigkeit zu zweifeln, muß ihr aber vorhalten, daß sie diese Worte in der Kindheit sicher gewußt, dann verdrängt habe und später infolge der Verdrängung unbeachtet gelassen hätte, an ihnen gleichsam vorbeihörte. Zugleich beauftragte ich sie, mir die Worte oder Laute zu nennen, die ihr einfallen, wenn sie ans weibliche Genitale denkt. Zuerst kamen etwa zehn Worte, alle mit dem richtigen Anfangsbuchstaben, dann ein Wort, das die erste, und ein zweites, das die zweite Silbe des gesuchten Wortes enthielt. Ähnlich sagte sie mir stückweise die Buchstaben und Silben, die das obszöne Wort für männliches Glied und das für „Geschlechtsverkehr“ zusammensetzen. In diesen forcierten Wortneubildungen kam also das verdrängte Worterinnerungsmaterial in ähnlicher Weise zum Vorschein, wie die bewußt verheimlichten Kenntnisse bei dem Überrumpelungsverfahren des Assoziationsversuches.

Dieser Fall erinnert mich übrigens an einen anderen, in dem mir die Patientin ein fast mit Sicherheit anzunehmendes Verführungserlebnis in unzähligen Varianten vorbrachte, gleichsam um mich (und sich) zu verwirren und die Realität zu verdunkeln. Immer wieder mußte ich sie zum „Erdichten“ einer solchen Szene verhalten, wobei stets neue Einzelheiten mit Bestimmtheit festzustellen waren. Ich mußte dann diese Feststellungen mit ihrem ganzen Verhalten unmittelbar nach dem erwähnten Ereignis (im neunten Lebensjahre) zusammen-

halten, wo sie monatelang unter der Zwangsidee litt, einen Andersgläubigen heiraten zu müssen; mit ihrem Benehmen unmittelbar vor der Ehe, wo sie eine auffallende Naivität zur Schau trug; mit den Vorgängen in der Brautnacht, wobei dem Bräutigam das Fehlen der Initiationsbeschwerden auffiel usw. Doch erst die oben angedeuteten Phantasien führten allmählich zur Feststellung der Tatsächlichkeit des Vorfalles, die die Patientin, unter der Last der Indizienbeweise zugeben mußte. Als letzte Verteidigungswaffe verwendete sie die allgemeine Unsicherheit des Erinnerns überhaupt (das heißt eine Art Zweifelsucht), schließlich die philosophische Frage nach der Evidenz der sinnlichen Erfahrung (Grübelsucht). „Man kann ja nicht einmal bestimmt sagen", — meinte sie, — „ob der Stuhl, der da steht, wirklich ein Stuhl sei." Ich antwortete ihr, daß sie mit diesem Einfalle eigentlich zugebe, die Sicherheit jener Erinnerung auf die Stufe der unmittelbaren sinnlichen Erfahrung gehoben zu haben, und mit diesem Sicherheitsgrade konnten wir uns beide zufrieden geben.

Eine andere Patientin litt an unleidlichen „Spannungsempfindungen" an den Genitalien, die oft stundenlang andauerten; während ihrer Dauer war sie arbeits- und denkunfähig; sie mußte sich hinlegen und lag regungslos, bis der Zustand vorüber war oder, was nicht selten vorkam, in den Schlafzustand überging. Sie sagte mir ausdrücklich, daß sie in diesen Zuständen an nichts denke; die Zustände endeten auch nie mit orgastischen Empfindungen. Nachdem die Analyse genügendes Material über ihre infantilen Fixierungsobjekte gebracht und diese auch in der Übertragung auf den Arzt deutlich zur Wiederholung kamen, mußte ich ihr die wohlbegründete Vermutung mitteilen, daß sie in diesen Zuständen unbewußt einen vermutlich aggressiven Sexualakt phantasiere, und zwar mit dem Vater, respektive seinem derzeitigen Stell-

vertreter, dem Arzte. Sie blieb einsichtslos, worauf ich nicht zögerte, ihr den Auftrag zu geben, beim nächsten „Spannungszustand" die Aufmerksamkeit auf die bewußt von mir angedeutete Phantasie zu lenken. Nach der Überwindung großer Widerstände gestand sie mir später, die Phantasie eines allerdings nicht aggressiven Sexualverkehrs durchlebt und am Ende desselben den unwiderstehlichen Zwang gefühlt zu haben, mit dem Unterleib einige onanistische Bewegungen zu machen, worauf die Spannung mit dem Gefühle orgastischer Erleichterung plötzlich aufhörte. Dies wiederholte sich dann noch mehrere Male. Die Analyse stellte fest, daß die Patientin bei der Erzählung dieser Phantasien die unbewußte Hoffnung hegte, der Arzt werde nach dem Geständnis ihre Phantasien realisieren. Der Arzt begnügte sich aber natürlich damit, ihr diesen Wunsch klarzumachen und nach dessen Wurzeln in ihrer Vorgeschichte zu fahnden. Von da an änderten sich die Phantasien: sie wurde der Mann mit deutlich männlichem Genitale, mich aber machte sie zum Weibe. Der Analytiker mußte ihr erklären, daß sie damit nur die Art wiederhole, in der sie als Kind auf die Verschmähung durch den Vater mit einer Identifizierung (maskulinen Einstellung) reagierte, um sich von der Gunst des Vaters unabhängig zu machen; diese Trotzeinstellung charakterisiere seit jeher ihr ganzes Gefühlsleben Männern gegenüber. Es kamen dann andere Varianten: Phantasien von Genecktwerden durch einen Mann (mit deutlich urethralerotischem Inhalt), dann Phantasien von Sexualbegebenheiten mit dem älteren Bruder (den sie wegen seiner Strenge weniger als den jüngeren zu lieben vorgab). Schließlich hatte sie ganz normal weibliche, hingebungsvolle Onaniephantasien, sicherlich in Fortsetzung der ursprünglichen, liebevollen Einstellung dem Vater gegenüber.

Nur den geringsten Teil der Phantasien brachte sie spontan,

zumeist mußte ich, auf Grund ihrer Träume und der Einfälle in den Stunden die Richtung angeben, in der sie ihre unbewußten Erlebnisse forcieren sollte. Dieser „Gebotsperiode“ muß aber in jeder vollständigen Analyse eine „Verbotsperiode“ folgen, das heißt man muß den Patienten so weit bringen, daß er die Phantasien auch ohne onanistische Entspannung erträgt und der hiemit verbundenen Unlustgefühle und unlustvollen Affekte (Sehnsucht, Wut, Rache usw.) bewußt wird, ohne sie zu hysterischen „Spannungsgefühlen“ usw. konvertieren zu müssen.

Mit den vorgebrachten Beispielen glaube ich die Art, in der ich von „forcierten Phantasien“ Gebrauch machen konnte, genügend illustriert zu haben. Meine Aufgabe wäre nun, etwas von der Indikation zu diesem technischen Griff und von eventuellen Gegenanzeigen zu sagen. Wie „aktive“ Eingriffe überhaupt, haben auch diese Phantasieaufgaben fast stets nur in der Ablösungsperiode, also gegen das Ende der Kur ihre Berechtigung; allerdings muß man dem hinzufügen, daß solche Ablösungen niemals ohne schmerzliche „Versagungen“, das heißt ohne Aktivität des Arztes vor sich gehen. Soviel über den Zeitpunkt, der zur Anwendung dieser Technik geeignet ist. Welche Phantasien man dem Patienten nahelegen muß, läßt sich im allgemeinen nicht sagen, das muß sich aus dem ganzen Analysenmaterial von selbst ergeben. Es gilt auch hier der Freudsche Satz, daß die Fortschritte der analytischen Technik von der Vermehrung unseres analytischen Wissens zu erwarten sind. Es ist also viel Erfahrung bei „nicht-aktiven“ Analysen und nicht forcierten Phantasien notwendig, bevor man sich einen solchen, immerhin gewagten Eingriff in die Spontaneität der Assoziationen der Patienten gestatten darf. In falscher Richtung versuchte Phantasiesuggestionen (wie sie auch beim Geübtesten gelegentlich vor-

kommen), können die Kur, die sie verkürzen wollten, unnötig verzögern.

Diesen Untersuchungen über das unbewußte Phantasieleben der Patienten verdanke ich nicht nur die Einsicht in die Entstehungsweise einzelner Phantasie-Inhalte, sondern — als Nebengewinn — auch Einblicke in die Verursachung der Lebhaftigkeit, beziehungsweise Torpidität des Phantasielebens überhaupt. Ich machte unter anderem die Entdeckung, daß die Lebhaftigkeit der Phantasie oft in geradem Verhältnis zu jenen Kindheitserlebnissen steht, die wir infantile Sexualtraumen nennen. Ein großer Teil der Patienten, bei denen sich die Phantasietätigkeit in der geschilderten Art gleichsam künstlich wecken und fördern mußte, stammen aus Gesellschaftsschichten oder Familien, in denen das Tun und Lassen der Kinder von frühester Kindheit an überaus strenge kontrolliert wird, die sogenannten Kinderunarten von Anfang an verhindert und gleichsam noch vor ihrer vollen Entfaltung abgewöhnt werden, und wo den Kindern jede Gelegenheit fehlt, in ihrer Umgebung etwas Sexuelles zu beobachten, geschweige denn zu erleben. Sie sind also gleichsam zu gut erzogene Kinder, deren infantil-sexuelle Triebregungen überhaupt nicht die Gelegenheit hatten, sich in der Realität zu verankern. Eine solche Verankerung, also ein Stück Erleben, scheint aber die Vorbedingung der späteren Phantasiefreiheit und der damit verknüpften psychischen Potenz zu sein, während die Infantilphantasien der Zu-gut-Erzogenen noch vor ihrem Bewußtwerden der „Urverdrängung“ anheimfallen. Es heißt das mit anderen Worten, daß ein gewisses Maß von infantilem Sexualerleben, also etwas „Sexualtrauma“ nicht nur nicht schadet, sondern die spätere Normalität, besonders die normale Phantasiefähigkeit sogar fördert. Diese Feststellung — die übrigens dem Vergleiche, Freuds von den Folgen der Erziehung „zu ebener Erde und

im erten Stock"[1] vollkommen entspricht — führt zu einer milderen Einschätzung des infantilen Traumas. Ursprünglich hieß es, diese seien die Ursachen der Hysterie; später entkleidete sie Freud selbst eines großen Teiles dieser Bedeutsamkeit, indem er nicht in den realen Infantilerlebnissen, sondern in den unbewußten Phantasien das Pathogene entdeckte. Nun aber finden wir, daß ein gewisses Maß wirklichen Erlebens in der Kindheit sogar einen gewissen Schutz vor abnormen Entwicklungsrichtungen bietet. Allerdings darf das „Erleben" ein gewisses Optimum nicht überschreiten; ein Zuviel, Zufrüh oder Zustark mag ebensowohl Verdrängung und dadurch bedingte Phantasiearmut zur Folge haben.

Vom Standpunkte der Ichentwicklung betrachtet, können wir die sexuelle Phantasiearmut der Zu-gut-Erzogenen (und ihre Neigung zur psychischen Impotenz) darauf zurückführen, daß Kinder, die nichts wirklich erlebt haben, hoffnungslos den (immer antisexuellen) Erziehungsidealen verfallen, während die anderen sich von der Erziehung niemals so vollständig überwältigen lassen, daß sie nach Aufhören ihres Druckes (in der Pubertät) nicht den Rückweg zu den verlassenen Objekten und Zielen der infantilen Sexualität finden und damit die Vorbedingung der psycho-sexuellen Normalität erfüllen könnten.

1) In seinen „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" (Ges. Schr. Bd. VII, S. 365 ff.).

Kontraindikationen der aktiven Psychoanalytischen Technik

Vortrag auf dem IX. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß, Bad Homburg, September 1925

Die sogenannte aktive psychoanalytische Technik, die ich am Haager Kongreß unserer Vereinigung in ihren Hauptzügen darzustellen versuchte[1] und in späteren Arbeiten[2] mit Beispielen illustrierte, fand im Kreise der Kollegen zum Teil eine recht kritische, zum Teil eine etwas zu freundliche Aufnahme. Ein Teil der Kritiker glaubte, die Psychoanalyse vor meinen Neuerungen in Schutz nehmen zu müssen, indem sie behaupteten, daß sie, so weit sie annehmbar, überhaupt keine Neuigkeit, insoferne sie aber über das Altbekannte hinausgingen, gefährlich und daher abzuweisen seien. Wie Sie sehen, die Argumente sind dieselben, die das Verbrennen der Alexandrinischen Bibliothek motivieren wollten.

Viel unangenehmer als diese Kritiken berührten mich die

1) „Weiterer Ausbau der ‚aktiven Technik' in der Psychoanalyse" 1921. (Dieser Band, S. 62.)

2) „Über forcierte Phantasien", 1924 (dieser Band, S. 87); „Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten" (Int. Zschr. f. PsA., Bd. XI, 1925, erschienen auch als Sonderdruck).

übermäßigen Anpreisungen einiger Jünger, die in der Aktivität die Morgendämmerung einer Art psychoanalytischer Freiheit erblicken wollten, worunter sie offenbar nichts weniger verstanden, als daß es nicht mehr nötig sei, die harte Straße der immer komplizierter werdenden analytischen Theorie zu gehen; ein mutiger aktiver Schwertstreich könne ja die schwierigsten therapeutischen Knoten mit einem Schlage lösen. Nun, da ich auf die Erfahrung einer Reihe von Jahren zurückschauen kann, glaube ich, wird es wohl am zweckmäßigsten sein, wenn ich auf die doch meist sterile Diskussion mit spekulativen Gegnern verzichte, mich auch um den unerwünschten Enthusiasmus einzelner Anhänger nicht viel kümmere, sondern mit mir selber zu Gerichte gehe und auf die schwachen Punkte der aktiven Technik selber hinweise.

Der erste, vielleicht wesentlichste Einwand, der sich gegen meine Formulierungen erheben läßt, ist ein theoretischer. Im Grunde bezieht er sich auf eine Unterlassungssünde. Offenbar um in meiner Entdeckerfreude nicht durch schwierige und daher lästige psychologische Probleme gestört zu sein, vermied ich es in meinen bisherigen Ausführungen, näher auf das Verhältnis zwischen der durch technische Kunstgriffe erzeugten Spannungssteigerung einerseits, Übertragung und Widerstand andererseits einzugehen.[1] Das möchte ich nun, so weit als möglich, nachholen und diesmal in unmißverständlicher Weise feststellen, daß die Aktivität, insoferne sie durch unlustvolle Versagungen, Gebote und Verbote die psychische Spannung zu erhöhen und dadurch neues Material zu gewinnen sucht, unweigerlich den W i d e r s t a n d des Patienten reizen, d. h. das Ich des Kranken in einen Gegensatz zum Analytiker drängen wird. Insbesondere gilt das von alten Gewohnheiten und Charakterzügen des Patienten, deren Hemmung und analytische

1) Andeutungsweise tat ich das allerdings bereits im Haager Vortrag.

Zerlegung ich als eine der Aufgaben der Aktivität hinstelle. Diese Feststellung ist nicht etwa nur von theoretischer Bedeutung, es folgen aus ihr auch wichtige praktische Konsequenzen, deren Außerachtlassung den Erfolg der Kur gefährden kann. Aus diesem Verhältnis des Ichs zur Versagung folgt vor allem, daß die Analyse niemals mit Aktivität beginnen darf. Das Ich muß im Gegenteil lange Zeit geschont, zumindest sehr vorsichtig behandelt werden, sonst kommt keine tragfähige positive Übertragung zustande. Die Aktivität als Versagungsmaßnahme wirkt also eher als Störungs- und Zerstörungsmittel der Übertragung, ist als solches wohl am Ende der Kur unvermeidlich, stört aber bei unzeitgemäßer Anwendung sicher das Verhältnis zwischen Arzt und Analysierten. Wird sie gar mit unnachgiebiger Strenge gehandhabt, so treibt sie den Kranken ebenso sicher vom Arzte weg, wie es die rücksichtslosen Aufklärungen der „wilden Analytiker" tun, die sich ja gleichfalls das Ich des Patienten mit ihren sexuellen Aufklärungen zum Feinde machen. Damit soll nicht gesagt sein, daß die Aktivität nur als Zerstörungsmaßnahme beim Abbau der Übertragung verwendbar sei; bei genügend gefestigter Übertragungsliebe kann sie auch mitten in der Behandlung gute Dienste leisten; jedenfalls gehört aber dazu sehr viel Erfahrung und viel praktische Übung im Abschätzen dessen, was dem Patienten auferlegt werden kann. Daraus folgt wiederum, daß sich Anfänger davor hüten sollten, statt die langwierigen, aber aufschlußreichen Wege der klassischen Methode zu wandeln, ihre analytische Laufbahn mit der Aktivität zu beginnen. Und da liegt allerdings eine große Gefahr, auf die ich übrigens bereits zu wiederholten Malen hinwies. Mir schwebten beim Empfehlen dieser Maßnahmen Analytiker vor, die, gestützt auf ihr Wissen, bereits wagen dürfen, einen Teil der von Freud erhofften „zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie" zur

Tat werden zu lassen. In der Hand der Wenigerwissenden könnte aus der Aktivität sehr leicht ein Rückfall auf die voranalytischen Suggestiv- und Forcierungsmaßnahmen resultieren.

Es wurde mir dann, nicht mit Unrecht, entgegengehalten, daß also zur Ausübung der Aktivität nebst des allgemein analytischen noch ein besonderer Befähigungsnachweis erforderlich sei. Doch glaube ich, daß diese Schwierigkeit nicht unüberwindlich ist. Trägt erst die sogenannte Lehranalyse auch der Aktivität entsprechend Rechnung (wozu sie ja Gelegenheit genug hat, da sie doch hauptsächlich eine Charakter-, d. h. Ichanalyse ist), so werden unsere Jünger auch die Aktivität besser verstehen und richtiger einschätzen, sie werden wohl auch der Gefahr ihrer Überschätzung entgehen.

Die Aufrichtigkeit gebietet mir aber einzugestehen, daß in Fragen der Aktivität auch Erfahrung nicht ganz vor Irrtum schützt. Ich muß Ihnen also von Enttäuschungen Mitteilung machen, die ich erlebt habe. In einzelnen Fällen irrte offenbar auch ich in der Abschätzung des Zeitpunktes oder der Tragweite der Provozierungsmaßnahmen, mit der Folge, daß ich den Patienten nur durch volles Einbekennen meines Irrtums und nach ziemlicher Einbuße an Ansehen, unter Austobenlassen seines Triumphes über mich, behalten konnte. Tatsächlich war ja auch dieses Erlebnis nicht ohne gewisse Vorteile für die Analyse, ich mußte mich aber fragen, ob es unbedingt notwendig war und nicht lieber hätte vermieden werden sollen. Auch sah ich im Anschlusse an diese Fälle ein, daß die Forderung einer größeren Aktivität des Patienten ein *pium desiderium* ist, so lange wir für sie keine klare Indikationsstellung geben können. Vorläufig kann ich diese allerdings nur negativ formulieren und sagen, daß man die Aktivität nicht anwenden darf, wenn wir nicht mit gutem Gewissen behaupten können, daß bereits alle verfügbaren Mittel der nichtaktiven, also mehr passiven

Technik entsprechend zur Anwendung gebracht wurden, die genetischen Einzelheiten der Symptome genügend „durchgearbeitet“ sind und zur Überzeugung des Patienten etwa nur noch das aktuelle Erlebniskolorit fehlt. Es wird wohl noch lange dauern, bis wir in der Lage sein werden, die Indikationsstellung für die Aktivität positiv und wahrscheinlich für jede Neurosenart gesondert zu formulieren.

Eine andere Reihe von Schwierigkeiten erwuchs mir gelegentlich aus der allzu strengen Fassung gewisser Gebote und Verbote, bis ich mich schließlich überzeugte, daß diese Ausdrücke selbst eine Gefahr bedeuten; sie verleiten dazu, daß der Arzt in allzu getreuer Wiederholung der elterlich-kindlichen Situation seinen Willen den Patienten mit Gewalt aufdrängt oder sich gar sadistische Schullehrerallüren gestattet. Ich bin schließlich überhaupt davon abgekommen, meinen Patienten Dinge anzubefehlen oder zu verbieten, versuche vielmehr, ihr intellektuelles Einverständnis für die geplante Maßnahme zu gewinnen, und sie erst dann zur Ausführung gelangen zu lassen. Auch binde ich mich bei Anordnung dieser Maßnahmen nicht mehr so fest, daß ich sie nicht bei unüberwindlichen Schwierigkeiten auf Seiten des Patienten vorläufig oder auch dauernd widerrufen könnte. Unsere aktiven Aufträge müssen also, wie ein von mir analysierter Kollege sich ausdrückte, nicht von starrer Konsequenz, sondern von elastischer Nachgiebigkeit sein. Macht man es anders, so verführt man förmlich den Patienten zum Mißbrauch dieser technischen Maßnahme. Die Patienten, besonders die Zwangsneurotiker, werden die Gelegenheit nicht unbenützt lassen, die vom Arzte gegebenen Befehle zum Gegenstande endloser Grübeleien zu machen und vor lauter Gewissenhaftigkeit in ihrer Ausführung die Zeit zu vertrödeln, u. a. auch, um den Analytiker zu ärgern. Erst wenn sie sehen, daß der Arzt die Einhaltung der Maßnahmen nicht als *conditio sine*

qua non betrachtet, der Patient sich also nicht von unnachgiebigem Zwange bedroht fühlt, geht er richtig auf die Intentionen des Analytikers ein; handelt es sich doch bei der Analyse der Zwangsneurotiker nicht zu guter Letzt darum, die Fähigkeit zu dem zwanglosen, nichtambivalenten Gefühlsäußerungen und Handlungen wiederherzustellen, wozu die Anwendung von äußerem Zwang in der Analyse das denkbar ungeeignetste Mittel wäre.

Die wichtigste Korrektur aber, die ich auf Grund der Erfahrung der letzten Jahre an einer der vorgeschlagenen aktiven Maßnahmen vornehmen mußte, bezieht sich auf die Termingebung als Beschleunigungsmittel zur Beendigung der Kur. Sie wissen, daß dieser Vorschlag von meinem Freunde Rank ausging und daß ich ihn auf Grund eigener, überraschender Erfolge rückhaltlos annahm und in einer mit ihm gemeinsam verfaßten Arbeit[1] zur allgemeinen Anwendung empfahl. Die seitherige Erfahrung zwingt mich, diese Verallgemeinerung sehr wesentlich einzuschränken. Die Annahme, auf die dieses technische Hilfsmittel aufgebaut war, war die Idee, daß in jeder Analyse nach genügender Durcharbeitung der Widerstände und der pathogenen Vergangenheit ein Stadium folgt, in dem eigentlich nichts mehr zu tun übrig bleibt, als den Patienten von der Kur und dem Arzte loszulösen. Das ist allerdings richtig; sicherlich übertrieben ist aber, meiner heutigen Ansicht nach, die von uns aufgestellte zweite Behauptung, daß diese Loslösung immer auf dem traumatischen Wege der Kündigung zu erfolgen hat. So glänzend sich nämlich, wie gesagt, die Kündigung in einzelnen Fällen bewährte, so kläglich mißlang sie in andern. Es stellte sich heraus, daß auch der geübte Analytiker dazu verführt werden kann, in seiner

1) Dr. S. Ferenczi und Dr. Otto Rank, Entwicklungsziele der Psychoanalyse. (Neue Arbeiten zur ärztl. PsA., Nr. 1, 1924.)

Ungeduld den Fall vorzeitig für kündigungsreif zu halten. Der Anfänger aber, dem es an Sicherheit der Beurteilung des Reifezustandes noch viel mehr mangelt, wird sich gar leicht zu unzeitgemäßen Gewaltmaßnahmen hinreißen lassen. Ich denke jetzt an einen eigenen Fall, eine schwere Agoraphobie, bei dem ich mich nach etwa einjähriger analytischer Arbeit berechtigt fühlte, den Patienten zu aktiver Mithilfe, d. h. zu forcierten Gehversuchen anzueifern. Diese gelangen auch und förderten ganz ausgezeichnet die seit langem stagnierende Analyse. Hiedurch ermuntert, glaubte ich, mich auf das Analysenmaterial stützend, daß die Zeit zur Kündigung gekommen sei, und setzte einen Termin von sechs Wochen fest, bis zu dem ich die Behandlung unter allen Umständen beendigen würde. Nach der Überwindung einer negativen Phase schien denn auch alles glatt zu gehen, doch in den allerletzten Wochen kam es zu einem unerwarteten Rückfall in die Symptome, über den ich durch starres Festhalten an der Kündigung Herr werden wollte. Offenbar machte ich aber die Rechnung ohne den Wirt, d. h. ohne richtige Beurteilung der noch vorhandenen Verankerungsmöglichkeiten der Symptome, — und so kam es zum angekündigten Abschiedstage, ohne daß sich der Patient zur Heilung hätte entschließen können. Es blieb mir denn auch nichts anderes übrig als einzubekennen, daß meine Berechnungen falsch waren und es dauerte eine ziemliche Weile, bis es mir gelang, den bösen Eindruck dieses Zwischenfalles unter wiederholtem Hinweis auf meine Unwissenheit zu zerstreuen. Ich lernte denn aus diesem Falle nicht nur, daß man mit der Termingebung außerordentlich vorsichtig und sparsam umgehen muß, sondern auch, daß man den Auftrag dazu ebenso wie Aufträge zu anderen Aktivitäten nur im Einverständnis mit dem Patienten und unter Wahrung einer Rückzugsmöglichkeit geben darf.

Inzwischen haben sich die Ansichten Ranks, gestützt auf

seine Erfahrungen mit der Termingebung, zu einer theoretischen Ergänzung der Neurosenlehre entwickelt. Er fand in Trauma der Geburt die biologische Grundlage der Neurosen überhaupt und meint, daß im Heilungsvorgang dieses Trauma unter günstigeren Bedingungen zur Wiederholung und zur Erledigung gebracht werden muß. Insofern diese Theorie auch auf seine Technik einigermaßen abgefärbt hat, geht sie weit über das hinaus, was ich unter Aktivität verstanden haben möchte. Wie ich es bereits anderwärts ausführte, soll ja die aktive Technik möglichst voraussetzungslos zu Werke gehen und sich damit begnügen, beim Patienten psychische Bedingungen herzustellen, unter denen das verdächtige Material leichter zum Vorschein kommt. So sehr ich auch die Bedeutsamkeit der vor Rank nicht beachteten ängstlichen Geburtsphantasien einschätze, kann ich in ihnen doch nicht mehr als einen der Schlupfwinkel der viel unlustvolleren Gebär- und Kastrationsangst sehen; keinesfalls sehe ich mich dazu veranlaßt, die Aktivität dieser besonderen Theorie anzupassen.

Von vornherein ausgeschlossen ist es, daß man einem Patienten Termin stellt, der selbst den Analytiker dazu drängen will, wie es denn überhaupt gefährlich ist, den Patienten gegenüber etwa von vornherein auch nur annäherungsweise eine Ansicht über die Dauer der Kur zu äußern. Dies ist nicht nur darum unstatthaft, da ja unsere Schätzung durch die Umstände immer Lügen gestraft werden kann (wir können doch unmöglich im voraus wissen, ob und mit welchen Schwierigkeiten wir im einzelnen Falle zu kämpfen haben werden), sondern auch darum, weil wir damit dem Widerstande des Patienten eine gefährliche Waffe in die Hand geben. Weiß der Patient, daß er nur eine gewisse Zeit auszuharren braucht, um sich den peinlichen Momenten der Analyse zu entziehen und krank bleiben zu können, so wird er diese Gelegenheit

gewiß nicht unbenützt lassen, während die Einstellung auf eine sozusagen endlose Analyse ihn früher oder später davon überzeugen wird, daß unsere Geduld größer als die seine ist, was ihn schließlich zum Aufgeben der letzten Widerstände veranlassen wird.

Ich benütze diese Gelegenheit auch dazu, um auf ein besonders krasses Mißverständnis hinzuweisen, das über die Aktivität vielfach verbreitet zu sein scheint. Das Wort „aktiv" hat Freud und hatte auch ich immer nur in dem Sinne gebraucht, daß der Patient gelegentlich auch andere Aufgaben als nur die Mitteilung der Einfälle zu erfüllen habe; es war aber niemals so gemeint, daß die Tätigkeit des Arztes irgendwie über das Erklären und das gelegentliche Auftraggeben hinausgehen dürfe. Der Analytiker also ist nach wie vor inaktiv und einzig und allein der Patient darf zeitweise zu gewissen Aktionen aufgemuntert werden. Hiedurch ist der Unterschied auch zwischen dem aktiven Analytiker und dem Suggestor und Hypnotiseur wohl zur Genüge gekennzeichnet; der zweite, noch bedeutsamere Unterschied ist der, daß bei der Suggestion das Geben und Erfüllen von Aufträgen alles ist, während es in der Analyse nur als Hilfsmaßnahme zur Förderung neuen Material zur Anwendung gelangt, dessen Deutung nach wie vor Hauptaufgabe der Analyse bleibt. Damit erledigen sich aber auch alle tendenziösen Andeutungen über eine separatistische Arbeitsrichtung, die meiner Aktivität zugemutet wurde. Andererseits muß ich aber sagen, daß, wenn die Behauptung aufgestellt wurde, daß die Aktivität, soweit sie richtig angewendet wird, absolut nichts Neues bedeute, doch ein wenig über das Ziel hinausschießt. Wer so spricht, ist sozusagen päpstlicher als der Papst; Freud findet in der stärkeren Betonung des Wiederholungsmomentes und im gelegentlichen Versuch, dieses zu provozieren, immerhin einen Nuanceunterschied.

Ich bin nunmehr auch in der Lage, Ihnen einiges von der Art mitzuteilen, in der die Patienten die ihnen gewährte Aktionsfreiheit *ad absurdum* zu führen trachten. Meistens beginnen sie mit der Frage, ob es ihnen denn wirklich erlaubt sei, während der Analysenstunde laut zu schreien oder von der Chaiselongue aufzustehen, dem Analytiker ins Gesicht zu schauen, im Behandlungszimmer auf und ab zu gehen usw. Man lasse sich durch solche Drohungen nicht abschrecken, da das Gewährenlassen nicht nur harmlos, sondern zur Aufdeckung infantil verdrängter Regungen förderlich sein kann. Manchmal wiederholen die Patienten die Äußerungen frühkindlicher Exhibitionsgelüste oder versuchen, natürlich erfolglos, die Mißbilligung des Arztes wegen manifester Onanie- und Inkontinenzgelüste zu provozieren. Bei Nichtpsychotikern kann man sicher sein, daß sie sich zu keinem für sie und den Arzt gefährlichen Akt werden hinreißen lassen.[1] Im allgemeinen läßt sich die Grenze der zulässigen Aktivitätsmöglichkeiten so formulieren, daß den Patienten alle Ausdrucksmöglichkeiten gestattet werden können, bei denen der Arzt nicht aus der Rolle des freundlichen Beobachters und Ratgebers fällt. Die Wünsche des Patienten nach Zeichen positiver Gegenübertragung müssen unerfüllt bleiben; ist doch die Aufgabe der Analyse nicht die, den Patienten während der Kur durch zärtliche und freundliche Behandlung zu beglücken (mit diesen Ansprüchen muß er auf das reale Leben nach der Analyse verwiesen werden), sondern die, die Reaktionen des Patienten auf die Versagung unter günstigeren Bedingungen zu wiederholen, als es in der Kindheit möglich war, und die historisch rekonstruierbaren Entwicklungsstörungen zu korrigieren.

Mit der Aussage, daß die Aktivität immer Sache des Patienten

1) Die Brauchbarkeit der Abfuhrmethode auch bei Psychotikern ist übrigens in der Psychiatrie gelegentlich betont worden.

ist, will ich in keiner Weise die Bedeutsamkeit jener Feststellungen schmälern, die Rank und ich über die mutigeren Deutungen des Analysenmaterials im Sinne der analytischen Situation in unserer gemeinsamen Arbeit mitgeteilt haben; im Gegenteil, ich kann hier nur wiederholen, daß es für mich und meine Analysen eine wesentliche Förderung bedeutete, als ich auf Ranks Anregung das Verhältnis des Kranken zum Analytiker zum Angelpunkte des Analysenmaterials nahm und jeden Traum, jede Geste, jede Fehlhandlung, jede Verschlimmerung oder Besserung im Zustande des Patienten vor allem als Ausdruck des Übertragungs- und Widerstandsverhältnisses auffaßte. Es bedurfte nicht Alexanders Ermahnung, der uns entgegenhält, daß ja Übertragung und Widerstand von jeher die Grundlagen der Analyse gewesen sind; das weiß doch wohl jeder Anfänger zur Genüge; wenn er aber den Unterschied zwischen der von uns vorgeschlagenen und der vorher allgemein geübten, viel zaghafteren Methode in dieser Richtung nicht feststellen kann, so kann das entweder darin liegen, daß bei all seiner Begabung der Sinn für Nuanceunterschiede nicht seine stärkste Seite ist, oder daß er in seiner Bescheidenheit die von uns vorgeschlagene Auffassung, die er von jeher gekannt zu haben scheint, uns mitzuteilen für überflüssig hielt. Allerdings muß ich hinzufügen, daß bei vorurteilsfreier Prüfung dieser Frage die Priorität eigentlich Groddeck gebührt, der, wenn der Zustand eines seiner Kranken sich verschlimmert, immer mit der stereotypen Frage kommt: „Was haben Sie gegen mich, was habe ich Ihnen getan?“ Er behauptet, durch Lösung dieser Frage die Verschlimmerungen immer beseitigen zu können; auch konnte er mit Hilfe solcher analytischen Kunstgriffe tiefer in das Verständnis der Vorgeschichte des Falles eindringen. Hinzufügen muß ich, daß der Grad der Einschätzung der analytischen Situation nur mittelbar etwas

mit der Aktivität zu tun hat und daß ihre erhöhte Beachtung an sich noch keine Aktivität in dem von mir gebrauchten Sinne des Wortes bedeutet.

*

Um Sie nicht weiter mit diesen methodologischen Einzelheiten zu langweilen und damit Sie nicht den falschen Eindruck bekommen, daß für die aktive Technik nur mehr Kontraindikationen übrig geblieben sind, will ich Ihnen — so weit die mir zur Verfügung gestellte Zeit gestattet — einiges von dem erzählen, was ich als Weiterentwicklung der Aktivität ansprechen möchte. In meiner letzten Arbeit sprach ich viel über die muskulären, besonders Sphinkteranspannungen, die ich in manchen Fällen als Mittel der Spannungssteigerung anwende. Ich habe seither gelernt, daß es manchmal zweckmäßig ist, Entspannungsübungen anzuraten und daß mit dieser Art Relaxation die Überwindung auch von psychischen Hemmungen und Assoziationswiderständen gefördert werden kann. Ich brauche Sie wohl nicht zu versichern, daß auch diese Ratschläge nur der Analyse dienen und mit den körperlichen Selbstbeherrschungs- und Relaxationsübungen der Yogi nur so viel zu tun haben, daß wir durch sie die Psychologie ihrer Adepten besser verstehen zu lernen hoffen.

Auf die Bedeutsamkeit obszöner Worte für die Analyse habe ich schon sehr frühzeitig aufmerksam gemacht.[1] In einem ersten Versuch, dem Tic convulsif analytisch näher zu treten,[2] kam es dann unter anderem auch zu einer partiellen Klärung des sonderbaren Symptoms der Koprolalie. Die Gelegenheit, die mir die Aktivität zum eingehenden Studium der emotionellen

1) Dr. S. Ferenczi, Über obszöne Worte. (Bd. I dieser Sammlung, S. 171.)

2) Dr. S. Ferenczi, Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic. (Bd. I dieser Sammlung, S. 193.)

Wortäußerungen der Kranken verschaffte, gestattete mir nun festzustellen, daß nicht nur jeder Tic-Fall ein entstellter Ausdruck für obszöne Worte, Gebärden, koprophemische Schimpfereien, wohl auch sadistische Angriffshandlungen ist, sondern daß die Tendenz hiezu in allen Fällen von Stottern und bei fast allen Zwangsneurotikern latenterweise vorhanden ist und mit Hilfe der Aktivität aus der Unterdrückung hervorgeholt werden kann. Es stellte sich sogar heraus, daß eine ganze Reihe von Impotenzen und Frigiditäten nicht heilt, bevor man das infantile Verbot, obszöne Worte, und zwar eventuell während des Geschlechtsaktes selbst, auszusprechen, widerrufen hat. Das positive Pendant dieser Art Hemmung ist das zwanghafte Aussprechen obszöner Worte als Bedingung des Orgasmus, das man als eine neue Art Perversion ansprechen könnte, wäre sie nur nicht so außerordentlich verbreitet.

Daß diese Art Feststellungen nicht nur das technische Können, sondern auch das theoretische Wissen zu fördern geeignet sind, wird sich wohl nicht ohne weiteres in Abrede stellen lassen. Aber gerade diesen kleinen Förderungen der Erkenntnis verdanke ich die Gewißheit, daß die Aktivität als Arbeitsmethode vielleicht doch einige Aufmerksamkeit verdient. Ich will das noch an einigen anderen Beispielen demonstrieren.

Bei einigen Patienten erwies sich eine relative Potenzstörung teilweise durch eine ungewöhnliche Überempfindlichkeit der Schleimhaut der Glans penis bestimmt. Sie hüteten sich, wenn auch meist nur unbewußt, davor, die Glans bloßzulegen, sie von der schützenden Hülle der Vorhaut zu befreien; die leiseste direkte Berührung mit einer Rauhigkeit bedeutete für sie die Kastration und war von entsprechend übertriebenen Schmerz- und Angstgefühlen begleitet. So weit sie überhaupt je masturbierten, taten sie es nie unmittelbar an der Glans, sondern sie zupften am Praeputium, rieben nur dessen Schleimhautfalten

aneinander und an die Glans. Einer von ihnen pflegte in der Kindheit die Vorhautkavität mit Wasser zu füllen, um sich sexuellen Genuß zu verschaffen; ein anderer, der wie die übrigen auch große Angst vor dem Sexualverkehr hatte, wohl wegen der dabei unvermeidlichen Reibung, war in seinen Phantasien u. a. an eine Dienstmagd fixiert, die, offenbar der Empfindlichkeit Rechnung tragend, ihm als jungen Burschen dadurch zum Orgasmus verholfen hatte, daß sie seine erigierte Glans nur anhauchte. In solchen Fällen beschleunigte ich, wie ich glaubte, die Analyse dadurch, daß ich dem Patienten den Rat gab, die Vorhaut tagsüber hinter die Corona glandis zurückgestreift zu halten und den Berührungen und Reibungen auszusetzen. Nebst der Förderung der Analyse verschaffte mir diese Maßnahme — wie ich glaube — eine etwas vertiefte Einsicht in die erotische Bedeutsamkeit der Vorhaut überhaupt, ja, sie führte zur Annahme einer speziellen Vorhauterotik in der Kindheit, deren Entwicklung die eigentliche phallische Stufe zu begleiten scheint und eine Regressionsstelle für neurotische Symptome abgeben kann, All dies ist geeignet, meine rein theoretische Annahme vom Vaginalcharakter des Praeputiums zu stützen;[1] auch konnte ich mir nunmehr eine etwas deutlichere Vorstellung über die von Freud postulierte Verschiebung der Klitoriserotik des Weibes auf die Vagina machen. Die Vagina ist gleichsam eine riesengroße Vorhaut, die die erogene Rolle der versteckten Klitoris übernimmt; als Analogie hiezu kann ich mich auch auf erotische Knabenspiele berufen, in denen sozusagen in die Vorhaut eines anderen Knaben koitiert wurde. Ich teilte diesen Tatbestand dem Ethnologen Dr. Róheim mit, in der Hoffnung, daß er durch Kenntnis dieser Tatsachen mehr Licht auf die psychologische Bedeutung gewisser

1) Vgl. meinen „Versuch einer Genitaltheorie". 1924. Int. PsA. Bibl. Bd. XV.

Pubertätsriten, besonders der Beschneidung, werfen könnte. Es kommt mir nämlich wahrscheinlich vor, daß die Beschneidung gleichsam einen doppelten Aspekt hat; einesteils ist sie, wie Freud uns zeigte, ein Abschreckungsmittel, ein Symbol des Kastrationsrechtes des Vaters, andererseits scheint sie eine Art „aktive Therapie" der Primitiven zu sein, die die Abhärtung des Penis und des Mannes und die Vorbereitung zur Geschlechtstätigkeit durch Überwindung der Kastrationsangst und der Empfindlichkeit der Glans zum Ziele hat. Wenn das wahr ist, so wird sich natürlich auch der Charakter zirkumzindierter und nichtzirkumzindierter Menschen und Völker anders entwickeln, was wiederum einiges zur Erklärung der Judenfrage und des Antisemitismus beitragen könnte. Leider muß ich ihnen da auch die Äußerung eines jungen Kollegen mitteilen, der etwas von diesen Versuchen erfuhr: „Nun weiß ich, was aktive Technik ist, man läßt den Patienten die Vorhaut zurückstülpen."

Zum Schluß einige Worte über die Wirkung des durch Aktivität geförderten Erlebnismomentes auf die Überzeugung des Patienten. Grübelsüchtige und andere unverbesserliche Zweifler, die intellektuell die verschiedensten Grade der Wahrscheinlichkeit, doch niemals die für die Heilung bedeutende Sicherheit über die analytischen Erklärungen erreichen konnten, erlangten diese, wenn sie mit Hilfe der aktiven Technik und der Ausnützung der analytischen Situation einmal dazu gebracht wurden, endlich einen Menschen, nämlich den Analytiker, rückhaltlos, d. h. ohne Ambivalenz zu lieben. Auch dies ist nicht nur praktisch, sondern im hohen Grade auch theoretisch bedeutsam. Es zeigt uns, daß man auf dem Wege der Intelligenz, die eine Funktion des Ichs ist, eigentlich nie zur „Überzeugung" gelangen kann. Das letzte und logisch unumstößliche Wort der reinen Intellektualität des Ichs über das Verhältnis zu anderen

Gegenständen ist der Solipsismus, der die Realität anderer menschlicher Lebewesen und der ganzen Außenwelt mit den eigenen Erfahrungen nie gleichsetzen kann und sie nur als mehr minder lebhafte Phantome oder Projektionen anspricht. Wenn also Freud dem Unbewußten dieselbe psychische Natur zuschrieb, die man als Qualität seines eigenen Ichs spürt, so tat er einen logisch nur wahrscheinlichen, aber nie beweisbaren Schritt in der Richtung des Positivismus. Ich stehe nicht an, diese Identifizierung den Identifizierungen, die wir als Vorbedingung libidinöser Übertragungen kennen, gleichzusetzen. Sie führt letzten Endes zu einer Art Personifizierung oder animistischen Auffassung der ganzen Umwelt. All dies ist vom logisch-intellektuellen Standpunkte gesehen „transzendent". Wir aber sollten dieses mystisch klingende Wort durch den Ausdruck „Übertragung" oder „Liebe" ersetzen und mutig behaupten, daß die Kenntnis eines Teiles, vielleicht des wichtigsten Teiles der Wirklichkeit nicht intellektuell, sondern nur erlebnisgemäß als Überzeugung zu haben ist. (Um die Erkenntnisgegner und die Gegner der Wissenschaft nicht lange triumphieren zu lassen, füge ich aber gleich hinzu, daß die Erkenntnis der Wichtigkeit des Emotionellen am Ende doch auch selbst eine Erkenntnis ist, so daß uns trotz alledem um das Schicksal der Wissenschaft nicht bange zu sein braucht.) Ich persönlich fühle mich ganz zum Freudschen Positivismus bekehrt und ziehe vor, in Ihnen, die Sie da vor mir sitzen und mir zuhören, nicht Vorstellungen meines Ichs, sondern reale Wesen zu sehen, mit denen ich mich identifizieren kann. Logisch begründen kann ich Ihnen das nicht, wenn ich also davon trotzdem überzeugt bin, verdanke ich es nur einem emotionellen Moment, — wenn Sie wollen, der Übertragung.

Das alles hängt mit der „aktiven Technik" anscheinend nur sehr lose oder gar nicht zusammen; doch die durch die Aktivität

gesteigerte Wiederholungstendenz war für mich der Weg, um nicht nur praktische, sondern auch ähnliche theoretische Fortschritte der Psychoanalyse zu erzielen. Nachdem ich Ihnen also die Kehrseite der Aktivität und ihre Gegenindikationen ehrlich zu zeigen versuchte, fühlte ich mich dazu gedrängt, Ihnen auch einiges von ihren Vorzügen mitzuteilen. Allerdings setze ich mich dadurch, wie mir Freund Eitingon sagt, der Gefahr aus, mit Bileam verglichen zu werden, der da kam, den Juden zu fluchen — und er segnete sie.

Zur Kritik der Rankschen „Technik der Psychoanalyse"

(1927)

Die letzten Arbeiten Ranks erregten in zweierlei Hinsicht allgemeineres Interesse: sie betonten in viel eindringlicherer Weise das Moment der Übertragung, oder wie R. es nennt der „analytischen Situation", andererseits mahnten sie uns, die Mutterrolle des Arztes in dieser Situation mehr, als es bisher geschehen ist, in Betracht zu ziehen. Ich hatte bereits mehrmals die Gelegenheit benützt, auf die Bedeutung und den Nutzen des ersten Vorschlages hinzuweisen, und war ernsthaft bestrebt, mich von der Annehmbarkeit auch des zweiten zu überzeugen. Dem stand aber im Wege, daß R. es bisher unterlassen hatte, genaue Angaben über die von ihm befolgte Technik zu geben. Darum begrüßte ich, wie wahrscheinlich auch viele andere, mit großem Interesse das Erscheinen einer Arbeit über die Technik der Psychoanalyse aus R.-s Feder.[1] Leider brachte die Lektüre dieses Buches dem Referenten und wahrscheinlich vielen seiner Arbeitsgenossen beinahe nur Enttäuschungen. Vor allem täuscht der Titel des Buches: es ist

1) Dr. Otto Rank, Technik der Psychoanalyse I. Die analytische Situation. Leipzig und Wien, 1926.

nicht die Technik der Psychoanalyse, die darin geboten wird, sondern eine Modifikation derselben, die sich so weit von der bisher geübten unterscheidet, daß es aufrichtiger gewesen wäre, wenn der Verfasser das Buch als die Ranksche Technik oder etwa die „Geburtstechnik" der Neurosenbehandlung bezeichnet hätte; der jetzige Titel mag viele, die von den Wandlungen R.-s nichts wissen, wohl aber von seiner langen und ersprießlichen Arbeitsgemeinschaft mit Professor Freud, irreführen.

Das Charakteristische des ganzen Buches ist die Neigung zur Übertreibung an sich zum Teil interessanter Gesichtspunkte, und zwar eine Art von Übertreibung, die sich nicht selten *ad absurdum* führt. In R.-s mit mir gemeinsam verfaßten Arbeit: „Entwicklungsziele der Psychoanalyse",[1] aus der hier ein ganzes Kapitel neu abgedruckt ist, heißt es noch, daß die Analyse „unter konsequenter Übersetzung des unbewußten Materials in jeder seiner Äußerungen und deren Deutung sowohl im Sinne der analytischen Situation als auch damit parallel des Infantilen" zu geschehen hat (S. 35). In diesem Buche aber gelangt der Verfasser zur fast vollständigen Vernachlässigung des historischen Gesichtspunktes und verlangt schließlich, daß man „zielbewußt und zwecksicher, oft auch gegen die Assoziationen und Intentionen des Patienten . . . etwas ganz Bestimmtes in der Kur erleben lasse" (S. 20). Dieses ganz Bestimmte ist ein affektives Erlebnis zwischen dem Arzt und Patienten, also ungefähr das, was Freud „Wiederholung" genannt hat, nur hat Freud und wir alle, die ihm folgten, es dem Patienten überlassen, das zu wiederholen, wozu ihn seine persönlichen Schicksale drängten, während R., offenbar in allzu großem Vertrauen zu seiner geburtstraumatischen Neurosentheorie, die Patienten förmlich dazu drängt, in der

1) Dr. S. Ferenczi und Dr. O. Rank: Entwicklungsziele der PsA. (Neue Arb. z. ärztl. PsA. I, 1924).

Kur eine Art Geburtserlebnis zu wiederholen, das in der Lösung vom Analytiker gegeben sein soll. Er behauptet, die wenn auch unbewußte, doch spontane Äußerung dieser Tendenz oft genug gesehen zu haben, um nunmehr nicht mehr in jedem Falle auf sie warten zu müssen, deutet daher vom Beginne der Analyse an jede Äußerung des Kranken als Flucht vor diesem Erlebnis. Dem uns allen bekannten Scharfsinn des Autors gelingt es auch, diese manchmal unmöglich scheinende Deutungsarbeit zu leisten, allerdings nur mit Hilfe einer bisher nicht gehörten Gewalttätigkeit in der Art des Deutens, dessen Einseitigkeit alles übertrifft, was Jung und Adler in dieser Hinsicht geleistet haben. Diese Einseitigkeit folgt konsequent aus der tiefen Überzeugung des Verfassers, das letzte Wort über die Neurosen in seiner Theorie vom Geburtsschock gesagt zu haben; das enthebt ihn der Mühe und der Pflicht, jeden neuen Fall unvoreingenommen und gleichsam naiv anzuschauen, wie wir es zu tun gewohnt sind; allerdings verlegt er sich dadurch den Weg zur Möglichkeit, je etwas Neues zu finden; was er sucht und natürlich auch findet, ist ja nur die Bestätigung dessen, was er schon weiß. Übrigens finde ich, daß es inkonsequent ist, den Wert des Historischen im allgemeinen zu leugnen, andererseits aber den eines bestimmten historischen Moments, der Geburt, derart zu überschätzen. Jedenfalls unterläßt es der Verf. auch in dieser, wie schon in seinen früheren Publikationen, die realen (nicht-spekulativen) Unterlagen seiner Theorie vorzulegen.

Den fatalen Fehler, an Stelle eines vorsichtigen „nicht nur — sondern auch" ein gewaltsames „entweder — oder" zu setzen, begeht R. auch in Bezug der Frage, inwieweit bei der analytischen Kur die intellektuelle Einsicht in die verdrängte Motivation und inwiefern das reine Erlebnismoment therapeutisch wirksam ist. Referent war einer der ersten, die dafür eintraten,

daß dem Erlebnismoment erhöhte Bedeutung beizumessen ist; ja, er vertritt die Ansicht, daß man durch gewisse Aufgaben, die man dem Patienten nebst der freien Assoziation gelegentlich stellt („Aktivität“), den emotionellen Charakter der Analyse steigern kann und soll. Doch all dieses Erleben in der Analyse war für ihn nur ein Mittel, den Wurzeln der Symptome etwas rascher oder tiefer beizukommen, und diese letzte Arbeit, d. h. der eigentliche Schutz vor Rezidive, war immer als etwas Intellektuelles gedacht, als eine Erhöhung des unbewußten Ablaufes auf die vorbewußte Stufe. Begnügte man sich mit der wenn auch fraktionierten „Abreaktion“ in der Analyse, so würde man für den Patienten im Wesen nicht viel mehr leisten, als die emotionellen Ausbrüche und Anfälle der Krankheit selbst, denen bekanntlich Beruhigung zu folgen pflegt, die aber vor der Wiederkehr der Symptome keinen Schutz bieten, oder, wie die gewöhnliche suggestive oder hypnotische Beruhigung, die ja gleichfalls eine rein emotionelle Wirkung entfalten. Auf diesem Standpunkt schien auch der Verfasser zur Zeit der Abfassung der „Entwicklungsziele“ gestanden zu haben; nun aber schreibt er: „Die intellektuelle Einsicht in (die) historische Entstehung . . . ist . . . nicht das wesentliche Agens, sondern die affektive Verschiebung (Übertragung) der im Aktualkonflikt gehemmten Triebregungen auf den infantilen Urkonflikt und dessen Repräsentanz in der analytischen Situation“ (S. 12). Ja, an einer anderen Stelle versteigt er sich zu folgender Aussage: „Das Historische hat bloß Erkenntniswert . . .; (dem Patienten) nützt auch nichts, wenn er weiß, warum und wieso es so gekommen ist, genau so wenig wie mein Schnupfen besser wird, wenn ich weiß, wo ich mir die Infektion geholt habe.“ Ein solcher Satz mag in der nichtpsychoanalytischen Medizin gang und gäbe sein, würde er aber zu Recht bestehen, so bedeutete er den Bankrott aller unserer

Bestrebungen. In Wirklichkeit ist es dem Autor durchaus nicht gelungen, in diesem Werke die Bedeutsamkeit der historischen Analyse zu entkräften, so daß wir berechtigt sind, seine Auffassung als einen wissenschaftlich nicht motivierten Rückfall in die voranalytische Betrachtungsweise auszulegen. Ja, sogar der Ort, wo man sich einen Schnupfen geholt hat, kann analytische Bedeutung haben, und wer sich solcher Fragestellungen absichtlich enthält, begibt sich vielleicht der einzigen Möglichkeit, in den Sinn eines Symptoms einzudringen. R. macht sich die Arbeit zu leicht, wenn er als den einzigen Ort, wo man sich ein Symptom (z. B. einen neurotischen Schnupfen) holen kann, den Mutterleib und als einzige Zeit der Akquisition den Moment der Geburt zuläßt. Selbst wer zugibt, daß R.-s Neurosentheorie zum Teil zu Recht besteht (und inwieweit dies der Fall ist, soll bei anderer Gelegenheit untersucht werden), muß es unlogisch finden, die ganze Zeit zwischen der Geburt und der aktuellen analytischen Situation zu vernachlässigen. Ein solches Vorgehen gemahnt einen an das der „wilden" Analytiker, die unbekümmert um den historischen Überbau der Persönlichkeit die Analyse damit beginnen, daß sie Infantiltraumen nachjagen. Freud sagte mir gelegentlich, daß dies ebenso sinnlos ist, wie aus einem brennenden Hause die Lampe herausholen zu wollen, die den Brand verursacht hat.

Zur Charakterisierung der Kritiklosigkeit, zu der sich Rank in seinen Deutungen verleiten läßt, möge hier ein Traumbruchstück angeführt werden (S. 66):

„Ich war in der Analyse und lag auf dem Sofa. Der Analytiker war mir sehr bekannt, ich kann aber nicht sagen, wer er war. Ich sollte ihm einen Traum erzählen von einer Reise, die ich zu gemeinsamen Freunden unternommen habe. Als ich begonnen hatte, unterbrach mich eine alte Frau, die auf einem Stockerl saß, indem sie den Traum in populärer

Weise (nach Altweiberart) deuten wollte. Ich sagte zum Analytiker, ich könnte den Traum besser erzählen, wenn sie mich nicht unterbrechen würde. Da hieß er sie schweigen, stand auf und nahm die Hängematte, auf der ich jetzt zu liegen schien, mit beiden Händen, hob mich und schüttelte mich fest durch. Dann sagte er: Als Sie geboren wurden, waren Sie ganz rot (im Gesicht). Dann wurden Sie auf einen Diwan gelegt und der Vater setzte sich zu Ihnen — ich wunderte mich im Traum über seine Erklärung und dachte: das ist aber weit hergeholt . . .“ usw.

R. deutet diesen Traum als einen Vergleich des analytischen Erlebnisses mit der eigenen Geburt, wobei die Arbeit des Analytikers die des Geburtshelfers ist: er schüttelt die Patientin so lange, bis sie rot im Gesicht zur Welt kommt. Ist es nicht viel wahrscheinlicher, dieses Traumbruchstück bezüglich der analytischen Situation so zu deuten, daß „die spärlichen Deutungen der Muttersituation in der Analyse“, die der Patientin vorher gegeben wurden, genügten, um den ganzen Spott und Hohn der Patientin gegen diese Deutungen wachzurufen? Sie nennt den Analytiker ein altes Weib, das nach Altweiberart deutet, die Patientin nicht ausreden läßt, sie immer wieder unterbricht und solange schüttelt, bis sie die Mutterdeutung (Geborenwerden aus dem Analytiker) zugibt. R. sei also seiner Patientin aufgesessen, indem er die ironisch übertriebene Zustimmung ernst nahm, ja, sie als eine Grundlage seiner Geburtstheorie benutzte.

Von seiner technischen Neuerung her gelingt es dem Verfasser, seine bisherigen Ansichten über einzelne Grundtatsachen der Psychoanalyse rückzubilden; schließlich weiß er nicht mehr, „ob es eine Verschiebung, bzw. Übertragung von Libido (überhaupt) gibt“ (S. 206). Ja, nach ihm könne man den „Inhalt des Unbewußten als eine in die historische Vergangenheit

projizierte Schilderung dessen, was sich in der analytischen Situation zwischen Arzt und Patient abspielt", betrachten. (Natürlich mit einziger Ausnahme der unbewußten Geburtsreproduktion, der nach R. wirklich auch historische und nicht nur analytische Situationsbedeutung zukommt.) Konform dieser Auffassung ist auch die Art, in der R.-s neueste Technik mit der Traumdeutung verfährt. Wir wissen ja von Freud, daß man die Traumanalyse in der Behandlung nicht als Selbstzweck betreiben darf und seine psychologische Neugierde den Zwecken der Kur unterordnen soll. Aus der ungerechtfertigten Übertreibung dieser Auffassung durch R. folgt die fast völlige Vernachlässigung des Assoziationsmaterials. „Meist brauchen wir gar nicht die Übersetzung der einzelnen Traumelemente zu geben, sondern nehmen, insbesondere in typischen Situationen, bei durchsichtigen Symbolen oder bekannten Komplexen die Deutung vorweg, um uns mit dem Sinn des Traumes in Zusammenhang der ganzen Analyse zu beschäftigen" (S. 58). Und „wir brauchen den Patienten durchaus nicht immer nach seinen Assoziationen zu fragen, um zu erfahren, welches das Wichtigste oder am intensivsten verdrängte Stück der Traumgedanken ist" (S. 59). Man wird da vor die Frage gestellt, ob nicht die Stekelschen freien Symboldeutungen diesem starren Dogmatismus vorzuziehen sind. Jedenfalls ist diese „Reform" der Traumdeutung gleichbedeutend mit dem Verzicht auf alles Wertvolle, was uns Freud in seiner Traumlehre gegeben hat.

Leider können wir nicht nur in seiner Grundauffassung, sondern auch in Bezug auf viele Einzelvorschläge dem Autor nicht folgen. Bezüglich der Termingebung in jedem Falle habe ich meine anfängliche Zustimmung auf Grund gehäufter Erfahrung wesentlich einschränken müssen;[1] auch nach der Lektüre des

1) „Kontraindikationen der aktiven Therapie." (S. 99 ff. dieses Bandes.)

Buches finde ich nicht, daß es dem Verfasser gelungen ist, uns seine „allmählich gewonnene Sicherheit dieser Indikationsstellung für den Kündigungstermin" plausibel zu machen. Die Idee, die Analyse gleich mit Ablösungsabsichten zu beginnen, „bevor (der Patient) in die Lage kommt, die neurotische Fixierung voll zu realisieren", widerspricht allen unseren bisherigen Erfahrungen und unserer Auffassung über die Natur der Übertragungsneurosen. Es muß doch wohl erst eine ordentliche Übertragung zustande kommen und auch bewußt realisiert werden, bevor wir an ihre Zerstörung herantreten. — Vollends verwirrend wirkt die neueste Zugabe zur Geburtstraumatheorie, die auch die Entwöhnung und das Gehenlernen als Vollendungen der Geburtserschütterung ansieht. Warum da aufhören und nicht die historische Bedeutsamkeit auch des letzten, nach Freuds und unserer Ansicht bedeutsamsten Trennungsmoments, jenes nach Zertrümmerung des Ödipuskomplexes, voll anerkennen? — Auf besonders gefährliches Gebiet begibt sich R., wenn er auch mit dem therapeutischen Erfolg argumentiert: „So erinnere ich mich noch, in jüngster Zeit", — schreibt R. — „einen Fall gesehen zu haben, der nach lang dauernder Analyse bei einem hervorragenden Analytiker ungeheilt geblieben war und einen ungelösten aktuellen Konflikt herumschleppte" (S. 11). Ich könnte dem einen anderen Fall entgegenstellen, den R. selbst im Sinne der Geburtstechnik und der aktuellen Situation behandelte, der ungeheilt geblieben war und fast die ganze Geschichte der Vaterbindung ungelöst mit sich herumschleppte. Es ist aber besser, wenn auf dieses Argument allseits verzichtet und getreu der bisherigen Gepflogenheit der Heilungserfolg als Beweismittel vernachlässigt wird. Schließlich kann man doch mit allen möglichen Techniken „heilen": mit Vaterdeutungen, mit Mutterdeutungen, mit historischen Erklärungen und mit Hervor-

hebung der analytischen Situation, ja, auch mit der guten alten Suggestion und Hypnose. Vor therapeutischen Mißerfolgen aber ist keine Art von Behandlung gefeit, selbst wenn man bereits alle Entstehungsbedingungen jeder Neurose und Psychose kennte, was zu behaupten, keinem einsichtigen Analytiker einfallen wird.

Ich möchte nochmals darauf zurückkommen, daß nach R. in der tiefsten Triebschicht die biologische Bindung an die Mutter regelmäßig die analytische Situation beherrscht (S. 4), während Freud dem Analytiker im wesentlichen die Rolle des Vaters zuteilt. Diese Behauptung, die vor dem Verfasser vielfach auch von anderen aufgestellt wurde (Groddeck, Jung), hätte ihren Wert, wenn sie sich damit begnügte, uns vor der Unterschätzung der Mutterübertragung auf den Analytiker zu bewahren. Sie wird aber wertlos, wenn sie vollends ins Extrem verfällt und die doch so augenfälligen und oft einzig möglichen Erklärungen der Symptome aus der Vater-, resp. Kastrationsangst mißachtet, ja, sie als gefährlich hinstellt, da man mit ihnen den Patienten „immer mehr in die infantile Vaterangst hineintreibt, aus der es schließlich therapeutisch keinen Ausweg mehr gibt". Ich habe mich redlich bemüht, in schweren Neurosenfällen den Akzent auf die Mutterbindung zu verlegen, um die R.-sche Theorie der Neurosen nachzuprüfen, und tatsächlich verdanke ich diesen Versuchen so manchen wertvollen Einblick in gewisse Schichten des Neurosengefüges; ich fand auch eine gewisse Geneigtheit bei den Patienten, auf diese Deutungen ohne viel Widerstand einzugehen. Doch gerade diese Widerstandslosigkeit machte mich dann stutzig, bis ich zur Überzeugung kam, daß die Erklärungen mit der Geburtsangst gerade wegen ihrer aktuellen Bedeutungslosigkeit gern akzeptiert werden, ja, als Schutzmaßnahme gegen die viel grauenhaftere Kastrationsangst vom Patienten in Anspruch ge-

nommen wurden. Es ist möglich, daß R.-s gegensätzliche Erfahrung darauf zurückzuführen ist, daß er m. W. mehr mit Lehranalysen Gesunder als mit der Analyse Schwerkranker zu tun hat. Dem „Gesunden“ ist es schließlich gleichgültig, auf welchem Wege er ein Stück analytische Erfahrung zu spüren bekommt; beim Schwerkranken muß man geduldig den Weg gehen, den ihm und uns seine persönlichen Schicksale vorschreiben, und dieser Weg führt fast immer zur Erkenntnis der größeren Bedeutung des Kastrationstraumas resp. des Penisneides. Selbst der Verfasser gibt zu, daß nach Erledigung der Mutterbindung in der zweiten Phase der Behandlung die Vaterrolle des Analytikers in den Vordergrund rückt, will aber diese Tatsache dadurch abschwächen, daß er dieser Phase die analytische Bedeutung gleichsam abspricht und sie als eine Art pädagogische Ergänzung zur Analyse hinstellt. Trotz dieser tendenziösen Übertreibungen bleibt es ein Verdienst des Verfassers, auf das Vorhandensein der Geburtsangstträume und Geburtsangstphantasien hingewiesen zu haben. Keinesfalls gelang es ihm aber nachzuweisen, daß sie sich von anderen Arten von unbewußten Phantasien im Wesen unterscheiden. Nach meiner Erfahrung sind sie eben nur Phantasien, die selbst noch der Deutung bedürfen, nicht aber Reproduktionen der wirklichen Vorgänge und Erfahrungen bei der individuellen Geburt, wie R. sie hinstellt und wie ich sie anfänglich zu verstehen mich bemühte.

Nebst der Mitteilung seiner eigenen Fälle unternimmt es der Verfasser, die Richtigkeit seiner Technik auch dadurch annehmbar zu machen, daß er einen von jemand anderem (Prof. Freud) ohne R.-s Gesichtspunkte analysierten Traum einer neuerlichen Analyse unterzieht, gleichsam um zu zeigen, wie vieler Einsicht man sich durch die Nichtberücksichtigung der analytischen Situation begibt. Er behauptet, „daß dieses Beispiel in gewissem Sinne sogar geeignet ist,

als Prüfstein für seine Grundauffassung von der Bedeutung der analytischen Situation in ihrem infantilen Vorbild in der Muttersituation zu dienen". Es ist der uns allen wohlbekannte Wolfstraum aus Freuds „Geschichte einer infantilen Neurose".[1] In diesem Traume liegt der Patient in seinem Bett; vor dem Fenster befindet sich eine Reihe alter Nußbäume. Plötzlich geht das Fenster von selbst auf und der Träumer sieht mit großem Schrecken, daß auf dem Nußbaum Wölfe sitzen; es waren sechs oder sieben Stück. — Freud deutete diesen Traum historisch als die entstellte Reproduktion der „Urszene", der infantilen Belauschung des Sexualverkehres der Eltern und des daran haftenden Schreckaffektes. R. dagegen deutet das Bett als das Sofa, auf dem der Patient durch Freud behandelt wurde, die Nußbäume als jene Nußbäume,[2] auf die man aus dem Fenster des Behandlungszimmers Ausblick hat, die Wölfe „aber als eine Anzahl Photographien seiner (Freuds) nächsten Schüler" („es waren nach meiner Erinnerung zwischen fünf und sieben — übrigens zu Zeiten verschieden, als gerade die Zahlen, zwischen denen der Patient in Bezug auf die Wölfe schwankte"). Diese Photographien soll der Patient während der Behandlung vor sich gesehen und in diesem Traume in Wölfe verwandelt haben.

Ich will hier nicht auf die Einzelheiten der beiden Traumdeutungen eingehen. Der Leser, der sich dafür interessiert, muß sie in den Originalen nachlesen, und will nur einige Punkte hervorheben, die uns die Waghalsigkeit, man möchte hier sagen, Leichtfertigkeit des R.-schen Deutungsverfahrens, so recht vor Augen führen. Vor allem sei hervorgehoben, daß der Patient diesen Traum als Erinnerung aus seinem vierten

1) Ges. Schriften, Bd. VIII.

2) In Wirklichkeit sind es Kastanienbäume.

Lebensjahre brachte, und zwar als Erinnerung an einen im Laufe seines Lebens oft wiederholten Traum, der auf ihn immer einen starken Eindruck machte und vor dem er sich fast zeitlebens ängstigte. Wie kann ein solcher eindrucksvoller infantiler Traum die Nachbildung des Milieus des Behandlungszimmers, das der Patient Jahrzehnte später zum erstenmal betrat, repräsentiert haben? Wenn wir von okkultistischen (prophetischen) Erklärungen absehen, kann R.-s Deutung nur die Bedeutung haben, daß Freud seinem Patienten aufgesessen ist und ihm geglaubt hat, daß der Traum wirklich in der Kindheit geträumt wurde; er wäre in Wahrheit aktuell geträumt oder nach der analytischen Situation zurechtgemacht, und all das ohne den geringsten Beweis für die Unglaubwürdigkeit des Patienten, von dessen zwangsneurotisch-peinlicher Gewissenhaftigkeit uns seine Analyse unzählige Beispiele bringt. Die Daten vollends, die mir jetzt Prof. Freud zur Verfügung stellt, sind für R.-s Annahme geradezu vernichtend. Es kann genau festgestellt werden, daß zurzeit, als die Traumerinnerung gebracht wurde, 1911, im ganzen nur zwei bis drei Bilder auf jenem Wandpfeiler hingen, so daß die Gleichheit der Zahl der Wölfe und der Bilder, die einzige Stütze der R.-schen Deutung, glatt erfunden ist. Eine nachträgliche Befragung des Patienten (dem natürlich die R.-schen Aufstellungen nicht mitgeteilt wurden) ergab folgendes: „Es besteht für mich kein Anlaß, die Richtigkeit dieser Erinnerung zu bezweifeln — schreibt der Patient (Dr. P.) — im Gegenteil, die Kürze und Klarheit dieses Traumes schienen mir stets das Charakteristische an ihm zu sein. Auch hat meines Wissens die Erinnerung an diesen Kindertraum niemals eine Veränderung erfahren; ich hatte nach demselben Angst vor ähnlichen Träumen und pflegte als Gegenmaßnahme vor dem Einschlafen diejenigen Dinge, die ich fürchtete, somit auch diesen Traum vor Augen zu halten.

Der Wolfstraum schien mir immer im Mittelpunkt meiner Kinderträume zu stehen . . . Den Wolfstraum habe ich im Anfang der Kur, und zwar soviel ich mich erinnere, ein oder zwei Monate nach Antritt derselben erzählt (also im Jahre 1911). Die Lösung kam erst am Ende der Kur." Der Patient fügt seinem Briefe noch Einfallsmaterial bei, das sogar die Deutung des Traumes auf eine Liebesszene bestärkt. — Bei diesem Stück Rankscher Analyse fällt es der Kritik schwer, das von der Wissenschaft geforderte Maß von Kaltblütigkeit zu bewahren. Das Mildeste, was wir davon sagen können, ist, daß dabei Rank Grade von Oberflächlichkeit, ja Leichtsinn produziert hat, die nur das Resultat einer vollkommenen Verblendung sein können. Die von ihm gelieferte Überdeutung des Wolfstraumes hat sich als „Prüfstein" seiner Theorie nicht nur nicht bewährt, sondern unser Vertrauen zur Urteilskraft des Verfassers in Sachen der psychoanalytischen Theorie und Technik aufs Schwerste erschüttert.

Es ist gewiß keine Übertreibung, wenn wir diesen technischen Versuch Ranks im ganzen als einen Fehlschlag bezeichnen; wir erinnern uns dabei an die großen Verdienste, die er sich in der Anwendung der Analyse auf die Geisteswissenschaften erwarb, ein Gebiet, auf dem seine eigentliche Begabung zu liegen scheint.

Über vermeintliche Fehlhandlungen

(1915)

Eine besondere Art von Fehlleistung ist es, irrigerweise zu meinen, daß man eine Fehlhandlung begangen habe. Solche „vermeintliche" Fehlhandlungen sind gar nicht so selten. Wie oft passiert es einem, der ein Augenglas trägt, daß er die Brille unter dem Tisch suchen will, obzwar sie ihm auf der Nase steckt; wie häufig vermeint man, seine Brieftasche verloren zu haben, bis man sie — nach eifrigem Suchen — an der Stelle findet, wo man sie zuerst hätte suchen sollen, um vom „Verlieren" und „Wiederfinden" der Speiskammerschlüssel durch unsere Hausfrauen gar nicht zu reden. Jedenfalls ist diese Art Fehlleistung typisch genug, so daß man dahinter einen speziellen Mechanismus und Dynamismus suchen darf.

Der erste solche Fall, den ich analytisch durchschauen konnte, war eine etwas komplizierte Doppelleistung an Fehlhandlungen.

Eine junge Dame, die sich für die Psychoanalyse theoretisch sehr interessiert (ihr habe ich die Beobachtung des „kleinen Hahnemannes" zu verdanken), pflegte mich in der Ordinationsstunde hie und da aufzusuchen. Einen ihrer Besuche mußte ich mit dem Bedeuten abkürzen, daß ich sehr viel zu tun habe. Die Dame empfahl sich und ging, — kam aber nach

einigen Sekunden wieder und sagte, sie hätte ihren Regenschirm im Zimmer gelassen, was aber durchaus nicht der Fall sein konnte, da sie ja den Schirm — in der Hand hielt. Sie blieb dann noch einige Minuten und wollte unvermittelt die Frage an mich richten, ob sie nicht an einer Entzündung der Ohrspeicheldrüse (ungarisch: *fültö m i r i g y*) leidet; sie versprach sich aber und sagte: *fültö ü r ü g y*, d. h. Ohrspeichel-V o r w a n d. Die im Deutschen so unähnlichen Worte „Drüse" und „Vorwand" sind eben im Ungarischen phonetisch ziemlich ähnlich lautend (*mirigy*, *ürügy*). Die Dame gestand mir auch auf einiges Befragen, daß sie gerne noch länger bei mir geblieben wäre, so daß ihr Unbewußtes das vermeintliche Vergessen des Regenschirmes als V o r w a n d zur Verlängerung des Besuches benützt haben mag. Leider war es mir in diesem Falle nicht möglich, mit der Analyse tiefer zu dringen, so daß es unerklärt bleiben mußte, warum das intendierte Vergessen nicht wirklich, sondern nur vermeintlich zustande kam. Eine versteckte Tendenz (oder ein Vorwand) ist eben für alle Fehlleistungen gleicherweise charakteristisch.

Weit eingehender untersuchte ich folgenden Fall von vermeintlicher Handlung. Ein junger Mann war in der Sommerfrische der Gast seines Schwagers. Eines Abends versammelte sich dort eine lustige Gesellschaft; die Zigeunerkapelle war auch bald bei der Hand, man tanzte, sang und trank im Freien bis spät in die Nacht hinein. Der junge Mann war das Trinken nicht gewöhnt, geriet bald in pathologische Rührseligkeit, besonders als die Zigeuner das traurige Lied: „Aufgebahrt im Hofe liegt die Leiche" zu spielen begannen. Er weinte bitterlich, mußte er doch an seinen noch nicht allzu lange begrabenen Vater denken, an dessen Tod die lustigen Zecher ebensowenig denken, wie auch die im Hof aufgebahrte Leiche im Lied „von niemand, niemand beweint" wird. Unser junger

Mann zieht sich denn auch sofort aus dem lustigen Kreise zurück und begibt sich auf einen einsamen Spaziergang zum nahen, in Nacht und Nebel gehüllten See. Einem — ihm nachträglich unerklärlichen — Impulse folgend (er war, wie gesagt, selber etwas „benebelt"), zieht er plötzlich die volle Brieftasche aus der Tasche und wirft sie ins Wasser, obzwar das Geld, das sie enthielt, ihm nur zur Aufbewahrung übergeben wurde; es gehörte der Mutter. Was er später tat, weiß er nur summarisch zu erzählen. Er kehrte zu den Freunden zurück, trank noch mehr, schlief ein, wurde schlafend zu Wagen in die Stadtwohnung befördert. Er erwacht spät morgens in seinem Bette. Sein erster Gedanke ist — die Brieftasche. Er ist verzweifelt über seine Tat, verrät sie aber niemand und läßt einen Wagen holen; er will zum See, obzwar er nicht die geringste Hoffnung hat, das Geld wiederzufinden. In diesem Momente kommt das Stubenmädchen und überreicht ihm die Brieftasche, die sie unter dem Kissen im Bette des vermeintlichen Verlustträgers gefunden hat.

Die Komplikation mit dem Alkoholrausch macht auch diesen Fall dazu ungeeignet, mit seiner Hilfe etwas Allgemeingültiges über die vermeintlichen Fehlhandlungen auszusagen. Die psychoanalytische Untersuchung zeigte immerhin, daß hier — wie so oft — der Alkohol das Symptom nicht eigentlich schuf, sondern nur einem stets bereitstehenden, affektbetonten Komplex zum Durchbruch verhalf.[1] Die Brieftasche mit dem ihm anvertrauten und weggeworfenen Geld war die symbolische Vertretung der Mutter selbst, die er — der so stark an den Vater fixierte — in seinem Unbewußten förmlich ertränken wollte. In die Sprache des Bewußten hätte man diese Handlung mit den

1) Siehe meinen kurzen Aufsatz „Alkohol und Neurosen" (Band I dieser Sammlung).

Worten übersetzen können: „Wäre doch lieber die Mutter gestorben und nicht der Vater."[1] Der Patient mußte sich den Vorfall so zurechtlegen, daß er, als er sich im benebelten Zustande beim See herumtrieb, die Brieftasche über dem Wasser nur hin- und herschwang; offenbar steckte er aber dann die Tasche schön wieder ein, versteckte sie beim Auskleiden vorsorglich unter dem Kissen, traf also alle Vorsichtsmaßregeln, um sie ja nicht zu verlieren, vergaß aber gerade diese Handlungen und erwachte mit der sicheren Erinnerung an seine Missetat. Psychoanalytisch gesprochen, handelte es sich bei der Fehlhandlung um eine Äußerung seiner Ambivalenz. Nachdem er die Mutter — in der *ubw* Phantasie — umbrachte, legte er sich mit ihr zu Bett und behütete sie sorgsam. Auch die übermäßige Trauer um den Vater war bei ihm „doppelwertig" zu deuten, sie hatte auch die Aufgabe, seine Freude darüber zu verdecken, daß er endlich das väterliche Gut (und das wertvollste Gut, die Mutter) geerbt hatte. Von den ambivalenten Tendenzen durfte sich nur die positive (zärtliche) in die Tat umsetzen, während sich die negative nur in Form einer Erinnerungsfälschung, also in einer viel harmloseren und ungefährlicheren Form durchsetzen durfte.

Ein anderer, ähnlich zu erklärender Fall, der den Vorzug hat, nicht durch exogenen Einfluß (wie der obige durch Alkoholrausch) kompliziert gewesen zu sein, ist folgender:

Einem Mediziner, der einem Kranken die Medikamente zu verabreichen hatte, schießt plötzlich die Idee durch den Kopf, er habe seinem Pflegebefohlenen nicht die richtige Medizin eingegeben und ihn vergiftet. Er verabreichte Gegenmittel.

1) Die Fülle der Brieftasche war Anspielung auf die Urquelle des Mutterhasses beim Patienten. Die Ehe seiner Eltern war ungemein fruchtbar, fast jedes Jahr brachte ihm ein neues Geschwister. Das Geld zugleich Hinweis auf die infantil-anale Geburtstheorie; das Ertränken ein Gegenstück zur Rettung aus dem Wasser usw.

Seine unbeschreibliche Angst schwand erst, als die genaue Nachforschung die Unmöglichkeit der Sache erwies. Der mit einem überstarken „Komplex der feindlichen Brüder“ Behaftete hat sich hier — in seiner Phantasie — eines Rivalen entledigt, während er in der Realität nur Schutzmaßregeln zu seiner Rettung traf; ein Glück, daß er mit diesen nicht geschadet hat.

Ähnlich erging es mir selbst, als ich einmal spät nachts geweckt wurde, um eine Patientin zu besuchen, der es sehr schlecht gehe. Sie war am Nachmittag desselben Tages bei mir gewesen, klagte — nebst anderen unbedeutenden Beschwerden — über Kratzen im Halse. Die Untersuchung ergab nichts Organisches, wohl aber eine „kleine Hysterie“. Die Vermögenslage der Patientin verbot es mir, ihr eine so kostspielige Kur, wie die Psychoanalyse, vorzuschlagen, darum begnügte ich mich mit der üblichen Beruhigung und schenkte ihr zur Linderung ihrer Halsschmerzen eine Schachtel „Formamint“-Pastillen, die mir der Fabrikant zur Probe zugesandt hat; sie soll davon täglich drei bis vier Stück nehmen.

Auf dem Wege zur Patientin steigt die qualvolle Idee in mir auf, ob ich die Patientin nicht mit den Pastillen vergiftet habe. Das Präparat war mir bis dahin unbekannt, es wurde mir eben am selben Tage zugesandt. Ich dachte mir, es könnte eine Formolverbindung, vielleicht ein Form-Amin (sic!) sein, d. h. ein stark giftiges Desinfiziens. Die Patientin fand ich mit etwas Magenschmerzen, aber sonst so beruhigend aussehend, daß ich ziemlich erleichtert nach Hause ging. Unterwegs fiel mir erst ein, das Formamint könne doch nur ein harmloses Mentha-Präparat sein, was sich Tags darauf auch bestätigte. Die ganze Vergiftungsphantasie erwies sich analytisch als der Ausdruck meines Ärgernisses über die nächtliche Ruhestörung.

Es scheint nun wirklich, als stäken hinter dieser Sorte von Fehlhandlungen besonders gefährliche Aggressionstendenzen, deren Zugang zur Motilität sorgfältig abgesperrt sein muß, während sie die innere Wahrnehmung noch fälschen dürfen. Normalerweise beherrscht bekanntlich das Bewußtsein den Zugang zum motorischen Ende des psychischen Apparates. In diesen Fällen scheint aber schon im Unbewußten dafür gesorgt gewesen zu sein, daß die vom Bewußten verpönten Handlungen unter keinen Umständen zustande kommen; um so sicherer konnte sich dann das Bewußtsein mit den — allerdings negativ betonten — aggressiven Phantasien beschäftigen. Dieses Verhalten erinnert an die Phantasiefreiheit des Träumenden, bei dem der Schlafzustand überhaupt jedes Handeln lähmt.[1]

Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit zwischen den beschriebenen Fehlhandlungen und der Grübelsucht; hier wie dort wird eine soeben begangene Handlung nachträglich kritisiert, nur daß der Grübler unsicher darüber wird, ob er die intendierte Handlung auch richtig ausgeführt hat, während der „vermeintlich Fehlhandelnde" dessen fälschlicherweise sicher ist daß er unrichtig gehandelt hat. Es handelt sich hier um feine Unterschiede des Mechanismus der Realitätsprüfung, die wir uns metapsychologisch noch gar nicht vorstellen können. Die Analogie dieser Fehlhandlungen mit zwangsneurotischen Symptomen bestärkt uns übrigens in unserer Annahme, daß die vermeintlichen Fehlhandlungen — wie auch die Zwangserscheinungen — als Ventile ambivalenter Strebungen fungieren.

1) Mein Freund Dr. Barthodeiszky machte mich, mit Recht, darauf aufmerksam, daß „vermeintliche Fehlhandlungen" am häufigsten bei berufsmäßigen oder sonstwie gut eingeübten Hantierungen vorkommen, die „automatisch", d. h. unbewußt und doch verläßlich sind.

Den Mechanismus dieser Art Fehlhandlung kann man auch als Gegensatz zur Symptomhandlung beschreiben. Bei der vermeintlichen Fehlhandlung vermeint das Bewußtsein eine (aus dem Unbewußten stammende) Handlung begangen zu haben, während die Motilität in Wirklichkeit ordentlich zensuriert war. Bei den sogenannten Symptomhandlungen setzt sich dagegen die unterdrückte Tendenz — unbemerkt vom Bewußten — zur motorischen Aktion durch. Symptomhandlung sowohl als vermeintliche Fehlhandlung haben aber das Gemeinsame, daß bei beiden eine Diskrepanz zweier Funktionen des Bewußtseins: der inneren Wahrnehmung und des Behütens des Zuganges zur Motilität, vorhanden ist, während sonst beide Funktionen gleichmäßig richtig oder gleicherweise beeinträchtigt zu sein pflegen.

Die Technik der „Fehlhandlung an der Fehlhandlung" ist auch mit der des „Traumes im Traume" vergleichbar. Beide schützen sich durch eine Art Reduplikation gegen allzu verpönte Äußerungen des Unbewußten. Das Fehlhandeln an einer Fehlhandlung ist ja eo ipso — ein Korrektivum, gleichwie das Träumen im Traume einem Teile des Trauminhaltes den Traumcharakter benimmt. Weiß man, daß man träumt, so träumt man eigentlich nicht mehr wie sonst, wo man das Geträumte für wahr nimmt; und wenn man etwa eine Fehlhandlung auszuführen — vergißt, so kommt sie eben gar nicht zustande.

Das Tendenziöse an der „vermeintlichen Fehlhandlung" ist am besten im folgenden burschikosen Scherz dargestellt: „Entschuldigen Sie, daß ich Sie gestoßen habe!" — sagt ein Student im Vorbeigehen einem Passanten. „Sie haben mich ja gar nicht gestoßen!" antwortet jener. „Das kann ich ja nachholen" — sagt darauf der Student und versetzt ihm einen tüchtigen Rippenstoß.

Der Witz aber läßt die demaskierte Tendenz der vermeintlichen Fehlhandlung nachträglich zur Tat werden, während man sich sonst nur freut, seinen Irrtum erkannt zu haben und einer eingebildeten Gefahr entronnen zu sein.

Über lenkbare Träume

(1911)

Der „Traum im Traume“ ist, wie es Stekel erkannte, die Erfüllung des Wunsches, daß alles, was die Traumgedanken beschäftigt, unwahr, irreal, ein Traum sein möchte. Es gibt aber auch Träume, in denen der Schlafende sich über das Traumhafte seiner Gedanken gleichfalls Rechenschaft gibt, die aber eine andere Erklärung des Bewußtwerdens des Traumzustandes zu erfordern scheinen.

Viele Menschen, die das Schlafen und Träumen als ein Mittel zur Flucht aus der Realität benützen, wollen den Schlafzustand über die physiologische Notwendigkeit hinaus verlängern; darum neigen sie unter anderem zur traumhaften Verarbeitung der Weckreize. Ja, selbst wenn der Weckreiz zu stark war, um dessen Realität verkennen zu können, das heißt, wenn sie wirklich erwachen, kämpfen sie weiter mit der „Unfähigkeit“ zum Aufstehen und benützen jeden nichtigen Vorwand, um länger zu Bette bleiben zu können.

Einer dieser Patienten berichtet mir nun häufig von einer eigentümlichen Art des Bewußtwerdens des Traumzustandes im Schlafe. In manchen seiner Träume, die aus mehreren Szenen bestehen, vollzieht sich der Szenenwechsel nicht wie gewöhnlich unvermittelt, überraschend und ohne bewußten Grund, sondern

mit einer eigentümlichen Motivierung: „In diesem Moment dachte ich mir“, — lautet gewöhnlich die Schilderung des Überganges zwischen zwei Szenen, — „daß das ein schlechter Traum ist; der Traum muß anders gelöst werden, und im selben Moment verwandelte sich die Szene.“ Die nun folgende Szene brachte wirklich eine dem Träumenden entsprechendere Lösung.

Der Patient träumt manchmal drei, vier Szenen nacheinander, die alle dasselbe Material mit verschiedenen Ausgängen verarbeiten wollen, die aber alle im entscheidenden Momente durch das Bewußtwerden des Traumzustandes und den Wunsch nach einer besseren Lösung gehemmt werden, bis etwa das letzte Traumbild ungehemmt zu Ende geträumt werden kann. Dieses letzte Traumbild endet dann nicht selten mit einer Pollution. (Vgl. dazu Ranks Ansicht, daß alle Träume Pollutionsträume sind.)

Manchmal wird nach der Hemmung nicht die ganze Szene neu geschaffen, sondern der Schlafende denkt sich mitten im Traum: „So wird der Traum schlecht enden, und der Anfang war doch so schön, ich will ihn anders zu Ende träumen.“ Und tatsächlich geht der Traum bis zu einem Punkte der vorhergegangenen Traumszene zurück und korrigiert im Anschlusse daran die als ungünstig erkannte Lösung, ohne an der Szenerie oder an den Persönlichkeiten des ihm entsprechenden Anfangs des Traumes etwas zu ändern.

Zum Unterschiede vom Wachträumen, das ja auch unter verschiedenen Ausgängen und Möglichkeiten die Wahl trifft, muß hervorgehoben werden, daß diese „lenkbaren Träume“, wie ich sie nennen möchte, nicht das rationelle Gepräge der im Wachen produzierten Phantasien aufweisen, sondern ihren engen Zusammenhang mit dem Unbewußten durch ausgiebige Verwendung der Verschiebung, Verdichtung

und der indirekten Darstellung verraten. Allerdings kommen in diesen Träumen recht häufig zusammenhängendere „Traumphantasien" vor.

Wenn wir hinzunehmen, daß diese Träume zumeist in den Morgenstunden geträumt werden, und gerade von jemandem, der ein Interesse daran hat, den Schlaf- und Traumzustand möglichst zu verlängern, so dürften wir das Zustandekommen dieser merkwürdigen Vermengung der bewußten und der unbewußten Denkvorgänge eben aus einem Kompromiß zwischen dem ausgeschlafenen und darum erwachenwollenden Bewußtsein und dem krampfhaften Festhaltenwollen am Unbewußten erklären.

Theoretisch ist diese Art von Träumen von Interesse, da sie eine introspektive Erkenntnis der wunscherfüllenden Tendenz der Träume erbringt.

Auch kann dieser Einblick in die Motive des Szenenwechsels im Traume zur Erklärung des Zusammenhanges der in derselben Nacht erlebten Träume überhaupt herangezogen werden. Der Traum bearbeitet den das Seelenleben gerade beschäftigenden Traumgedanken von allen Seiten her, läßt das eine Traumbild bei drohender Gefahr des Mißlingens der Wunscherfüllung fallen, versucht es mit einer neuen Art der Lösung, bis es ihm endlich gelingt, eine die beiden Instanzen des Seelenlebens kompromissuell befriedigende Wunscherfüllung zu schaffen.

Auch die Fälle, in denen man infolge des Unlustcharakters der Traumbilder erwacht, um dann wieder einzuschlafen und „wie nach dem Verscheuchen einer Fliege" (Freud) weiter zu träumen, könnten von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet werden. Hiefür spricht folgender Traum eines jetzt hochgestellten und getauften Herrn von sehr einfacher jüdischer Abstammung. Er träumt, daß sein verstorbener Vater in einem vornehmen

Kreise erscheint und den Träumenden durch seine schäbige Kleidung in Verlegenheit bringt. Die äußerst peinliche Stimmung weckt den Schlafenden für einen Moment; doch bald schläft er wieder ein und träumt, daß sein Vater in demselben Kreise, nun aber dezent und fein gekleidet erscheint.

Affektvertauschung im Traume

(1916)

Ein älterer Herr wird bei Nacht von seiner Frau geweckt, die ängstlich darüber wurde, daß er im Schlafe so laut und unbändig lachte. Der Mann erzählte später, folgenden Traum gehabt zu haben: „Ich lag in meinem Bette, ein bekannter Herr trat ein, ich wollte das Licht aufdrehen, konnte es aber nicht, versuchte es immer wieder, — vergebens. Daraufhin stieg meine Frau aus dem Bette, um mir zu helfen, aber auch sie vermochte nichts auszurichten; weil sie sich aber vor dem Herrn wegen ihres Negligés genierte, gab sie es schließlich auf und legte sich wieder ins Bett; all dies war so komisch, daß ich darüber fürchterlich lachen mußte. Die Frau sagte: ‚Was lachst du, was lachst du?‘, ich aber lachte nun weiter, — bis ich erwachte.“ — Tagsdarauf war der Herr äußerst niedergeschlagen, hatte Kopfschmerzen, — „vom vielen Lachen, das mich erschüttert hat“, meinte er.

Analytisch betrachtet, schaut der Traum minder lustig aus. Der „bekannte Herr“, der eintritt, ist in den latenten Traumgedanken das am Vortage geweckte Bild des Todes, als des „großen Unbekannten“. Der alte Herr, der an Arteriosklerose leidet, hatte am Vortage Grund, ans Sterben zu denken. Das unbändige Lachen vertritt die Stelle des Weinens und

Schluchzens bei der Idee, daß er sterben muß. Es ist das Lebenslicht, das er nicht mehr aufdrehen kann. Dieser traurige Gedanke mag sich an vor kurzem beabsichtigte, aber mißlungene Beischlafversuche angeknüpft haben, bei denen ihm auch die Hilfe seiner Frau im Negligé nichts half; er merkte, daß es mit ihm schon abwärts geht. Die Traumarbeit verstand es, die traurige Idee der Impotenz und des Sterbens in eine komische Szene und das Schluchzen in Lachen umzuwandeln.

Ähnliche „Affektvertauschungen" und Umkehrungen von Ausdrucksbewegungen sieht man übrigens außer im Traum auch in der Neurose und als „passagère Symptombildungen" in der Analyse.[1]

1) Vgl. Passagère Symptombildungen während der Analyse. (Dieser Band, S. 9ff.)

Der Traum vom Okklusivpessar

(*1915*)

Ein Patient erzählt folgenden Traum: „Ich stopfe ein Okklusivpessar in meine Harnröhre. Habe dabei Angst, es könnte in die Blase schlüpfen, aus der man es nur auf blutigem Wege entfernen könnte. Ich versuche es also an der Dammgegend von außen festzuhalten und zurückzudrängen oder etwa längs der Harnröhre herauszupressen . . .“ An dieser Stelle fällt ihm ein, daß in einem diesem Traume vorausgegangenen Traumbruchstücke „das Pessar in seinen Mastdarm gestopft war“. Nachtrag: „Im Traume war es mir bewußt, das elastische Ding werde sich in der Blase breitmachen (sic!) *und dann nicht mehr herauszuholen sein.“*

Dem sonst durchaus männlichen Patienten kommt dieser Traum, in dem er — wie ein Weib — Schutzmaßregeln gegen die Schwängerung trifft, ganz unsinnig vor, auch ist er neugierig zu erfahren, ob auch dieser peinliche Traum einen Wunsch erfüllt.

Nach den aktuellen Anlässen des Traumes befragt, erzählt er sogleich:

— Ich hatte gestern eine intime Zusammenkunft. Natürlich hat dabei die weibliche Partnerin und nicht ich die Vorsichts-

maßregeln getroffen, sie schützt sich tatsächlich mittels Okklusivpessars vor den Folgen.

— Da identifizieren Sie sich ja im Traume mit dieser weiblichen Person. Wie kommen Sie dazu?

— Ich weiß mich von femininen Tendenzen vollkommen frei. Als Kind stopfte ich gerne kleine Objekte in die Öffnungen des Kopfes (Nase, Ohr), aus denen sie oft nur schwierig zu entfernen waren, was nicht ohne ängstliche Aufregung vor sich ging. Das Band, das am Gummipessar hängt, erinnert mich an Bandwürmer, vor denen ich gleichfalls Angst hatte. Dazu fällt mir ein, daß ich gestern mit Hunden gespielt und mir gedacht habe, ich könnte von ihnen Echinokokken bekommen.

— Bandwürmer und Echinokokken — bemerkte ich — sind allerdings leicht mit der Idee der Schwangerschaft in Beziehung zu bringen, sie gelangen als Eier oder in sonstigen Entwicklungsvorstufen in den Körper und wachsen dort zu ansehnlicher Größe heran, — gerade wie das Kind im Mutterleibe.

— Dazu würde stimmen, daß ich im Traume ängstlich befürchtete, das elastische Ding könnte sich in der Blase ausdehnen. Der Echinokokkus ist, nicht wahr, auch eine Blase? Und noch etwas! Beim Sexualverkehr macht mir oft eine andere Gefahr große Sorgen, die der venerischen Infektion. Da schütze ich mich mit Fischblase.

— Infektion vertritt in Träumen überhaupt gerne in symbolischer Art die Schwängerung. Sie scheinen in Ihrem Traume beide Gefahren, die einem ledigen Manne drohen können, vertauscht oder zumindest vermengt zu haben. Statt sich mittels Fischblase und die Frau mit dem Pessar zu schützen, infizieren Sie sich gleichsam mit dem blasenförmigen Instrumente: das heißt, Sie schwängern sich selbst.

— So wie es der Bandwurm wirklich tun kann. Die Wurmglieder sind, wenn ich mich recht erinnere, hermaphroditisch.

— Wir hätten in diesem Einfall eine weitere Bestätigung unserer Annahme, wissen aber immer noch nicht, wie Sie dazu kommen, sich selbst zu schwängern. Was fällt Ihnen zur „blutigen Operation" des Traumes ein?

— Ich denke zunächst an folgenden Fall: Vor einiger Zeit unterzog sich die vorhin erwähnte Frau einer Operation an der Dammgegend; sie erlitt bei der Geburt ihres Söhnleins einen seinerzeit mangelhaft vernähten Dammriß, als deren Folge sich später ein Vorfall der Vagina und des Uterus entwickelte, was ihr (und natürlich auch mir) den Geschlechtsgenuß nicht wenig verkümmerte. Die Operation bestand im nachträglichen Vernähen der Rißstelle.

— Ihre Einfälle scheinen sich von allen Richtungen nach der Situation des Gebärens zu konzentrieren. Ich mache Sie darauf aufmerksam, daß die von Ihnen erzählte Geschichte, wenn auch mit starken Auslassungen, eigentlich schon im manifesten Traum erzählt ist; denken Sie an das „Festhalten" des Fremdkörpers „an der Dammgegend von außen" und an dessen „Zurückdrängen" oder „Herauspressen" im Traum. Es ist, als beschrieben Sie kunstgerecht den Dammschutz bei einer Entbindung. Wo haben Sie diese geburtshilflichen Kenntnisse her?

— Ich interessierte mich für diesen Gegenstand zuletzt aus Anlaß der erwähnten Operation. Ich befürchtete auch, daß bei einer eventuell nachfolgenden Geburt die Frau infolge der Verengerung des Geschlechtskanals geschädigt werden könnte.

— Zur Angst vor dem Kinde gesellt sich also bei Ihnen auch die Angst, keine Kinder zu haben.

— Ja, das ist eigentlich das Einzige, was mich zu hindern scheint, diese Frau zu heiraten, die mir sonst — wie Sie wissen — in jeder Hinsicht zusagt. Ich weiß auch beide Anlässe, die diese Sorge gerade gestern in mir aufkommen lassen

machten. Eine andere junge Dame, die ich vor Jahren einmal heiraten wollte, wurde mir gestern als Braut vorgestellt. Ich dachte mir dabei: diese wird gewiß bald ein Kind bekommen.

— Wahrscheinlich lockte Sie bei dieser Dame damals gerade diese Aussicht, aber die Jugendlichkeit und Unberührtheit mögen gleichfalls anziehend gewirkt haben, besonders im Gegensatz zum nicht mehr intakten Geschlechtsorgan ihrer jetzigen Freundin. Ich erinnere Sie übrigens an den bei Ihnen wiederholt konstatierten starken Kastrationskomplex. Schon das normale weibliche Genitale wirkt auf Leute wie Sie manchmal abstoßend, die Assoziation mit Dammriß, Operation, abnormer Weite usw. kann aber auch ganz normalen Menschen den Geschlechtsgenuß verkümmern. Sie sind mir aber noch einen zweiten Traumanlaß schuldig!

— Der zweite Anlaß ist wohl der: Gestern abends war ich längere Zeit bei meiner Mutter, bei der ein kleines sechsjähriges Enkelkind, mein Neffe, zu Besuch war. Ich habe den Jungen sehr gerne, er ist wißbegierig und gescheit, ich behandle ihn zärtlich und gebe ihm Auskunft über alles, was er nur fragt und worauf ich antworten kann. Gestern tat ich dasselbe und dachte mir dabei: ich habe es bei meiner Mutter nicht so gut gehabt. Sie wissen, wie streng sie mit mir umging.

— Es scheint, Sie wollten Ihrer Mutter zeigen, wie man ein Kind behandeln soll, d. h. wie man Sie hätte behandeln sollen. Sie identifizierten sich als Erzieherin mit Ihrer Mutter. Von da ist aber nur mehr ein Schritt zur anderen, ursprünglicheren, mütterlichen Funktion: zur Geburt, wie Sie sie im Traume durchmachten. Es ist eigentlich Ihre eigene Wiedergeburt, bei der Sie gleichzeitig Mutter- und Kindesrolle spielen. In der unbeholfenen Sprache des Traumes drückt sich vielleicht auch der naive Wunschgedanke aus: Wenn ich von der älteren Frau kein Kind bekommen kann, von der jüngeren

keines bekommen darf, — so mache ich mir selber das Kind! Da ist übrigens auch die Anknüpfung an die infantil autoerotischen Gelüste, die wir bei Ihnen bei anderer Gelegenheit festgestellt haben; ich meine nicht nur das von Ihnen erwähnte Bohren in der Nase und im Gehörgange, sondern auch den erotischen Nebengewinn der Blasen- und Stuhlentleerung. Harn und Kot waren Ihre ersten — urethral und anal geborenen — Kinder.

— Wenn ich diese letzte Deutung auch nicht voll akzeptieren kann, muß ich doch als dazu stimmend anführen, daß ich als Kind lange Zeit über die Art, wie Kinder zur Welt kommen, im unklaren war. Die Prüderie, die in meiner Familie herrschte, machte solche Fragestellungen unmöglich. Meinem kleinen Neffen habe ich aber vor einiger Zeit auch diese letzten Aufklärungen gegeben.

— Träume vermögen noch waghalsigere Entstellungen zu leisten, drum wage ich auch meiner soeben gegebenen Deutung die weitere anzufügen, daß Sie, wie die meisten Kinder, wahrscheinlich zuerst den Mastdarm und erst später die Harnröhre als Geburtsstätte ansahen. Das kann der Traum nicht anders ausdrücken, als daß er besagt, das sich breitmachende Pessar wäre früher in den Darm, dann erst in die Harnröhre gestopft gewesen. Da fällt mir aber die ungewohnte Redewendung „sich breitmachen" auf; dieses Wort pflegt nicht auf Objekte angewendet zu werden.

— Zum „sich breitmachen" fallen mir die Worte ein: Hahn im Korbe — Eindringling. Alle drei Bezeichnungen könnten aber auf mich selber Anwendung finden. Die Brüder meiner Geliebten sehen mich ja schon lange mit scheelen Augen an und ich muß mich vor ihnen drücken. Oft komme ich mir selber als ein Feigling vor, auch fürchte ich, daß mir früher oder später etwas Unangenehmes passieren wird.

— Das „Passieren" durch eine Enge könnte allerdings auch Ihre verzwickte Lage bildlich ausdrücken, wie denn die Weichheit und Nachgiebigkeit des Materials, aus dem das Pessar gemacht ist, nicht schlecht zur Feigheit und zum „Sichdrücken" passen würde, die Sie sich zum Vorwurfe machen. Und da es nur von Ihrem Entschlusse abhängt, an der Situation zu ändern, so tun Sie eigentlich — wie im Traume — sich selber das Leid an, über das Sie sich beklagen. Auch die Wortbrücke Pessar — passieren kann bei der Traumbildung gangbar gewesen sein.

— Da Sie soeben von Enge und Weite sprachen, fiel mir ein Stückchen des gestrigen Traumes ein. Ich erinnere mich nunmehr genau, daß das Pessar für den Darm zu weit war und herauszufallen drohte, für die Harnröhre war es wiederum zu eng.

— Daß Sie mir jetzt diesen Nachtrag preisgeben können, lege ich als Bestätigung meiner Deutungen aus dem Unbebewußten aus, bitte Sie aber fortzufahren.

— Ich denke jetzt an zwei Freunde aus dem Knabenalter, J. M. und G. L., beide beneidete ich um die Größe des Gliedes. Auch fällt mir jetzt wieder ein, was ich Ihnen unlängst erzählte, daß die Größe des Genitalorganes, dessen ich einmal im Bade beim Vater ansichtig wurde, mich als Kind so gewaltig erschreckt hat.

— Damit lassen Sie wieder eine andere, übrigens schon zum Teil analysierte, Schichte Ihres Seelenlebens zu Worte kommen. Ihre Einfälle und der Traum weisen darauf hin, daß Ihnen früher einmal, wo Sie sich noch von keiner anderen Frau als von der Mutter angezogen fühlten, die Disproportion der Körperdimension eines Kindes und eines Erwachsenen Sorge machte. Ich erinnere Sie auch an Ihre Sexualforschung im späteren Kindesalter, die Sie mir selber erzählten, wo Sie sub-

titulo „Doktorspiel“ eine Genitalmusterung der im Hause wohnenden kleinen Mädchen vornahmen. Es scheint mir nun, daß Sie die allzu große Enge bei diesen ebensowenig befriedigte, wie die von Ihnen geahnte zu große Weite bei der erwachsenen Frau. In dieser Ungewißheit und allseitigen Unzufriedenheit scheinen Sie noch jetzt zu stecken, wo Sie zwischen der Jüngeren und der Älteren nicht die Wahl treffen und sich von keiner der beiden voll befriedigt fühlen.

Die lange Periode der Selbstbefriedigung, die Sie in Ihrer Jugend durchmachten, dürfte die Folge dieses Scheiterns bei der Objektwahl gewesen sein. Und darum machen Sie auch im Traum sich selber jenes Pessar-Kind, nachdem Sie die Frau mit der zu weiten Vagina und die Braut mit der zu engen als Abbilder früherer mißlungener Liebeswerbungen an einem und demselben Tage begegneten. In unserer Kunstsprache heißt das eine „Regression“ von der Objektliebe zur Selbstbefriedigung, d. h. zu einer früheren Befriedigungsweise. Nun muß ich aber darauf zurückkommen, daß Sie am Beginne der Stunde den Traum für einen „Unsinn“ erklärt haben; Sie haben darin auch recht, es ist gewiß unvernünftig, wenn sich jemand ohne Not einen Fremdkörper in seinen Mastdarm oder in seine Harnblase stopft, nicht minder unsinnig ist es, wenn ein Mann ein weibliches Schutzmittel gebraucht oder sich selbst ein Kind machen oder an sich selber Geburtshelferdienste verrichten will. Eine bewährte Regel der Traumdeutekunst besagt aber, daß sich hinter solchen Unsinnträumen Spott und Hohn zu verbergen pflegt.

— Meine nächsten Einfälle beziehen sich auf Ihre Person, Herr Doktor, ohne daß ich den Zusammenhang zunächst erkennen könnte. Ich denke daran, daß Sie mir gestern Andeutungen machten, wonach Ihre Hilfeleistung bald nicht mehr nötig ist und daß ich schon mit mir allein fertig werde. Ich

verspürte aber danach nur aufrichtiges Bedauern, da ich mich noch nicht soweit hergestellt fühlte, daß ich Ihren Beistand vermissen könnte.

— Nun verstehe ich die Sache. Sie spotten meiner, indem Sie mir mit der ungeschickten Einführung des Pessars zeigen, wie unrichtig es ist, Sie allein zu lassen und Ihnen zuzumuten, von nun an Ihr eigener Arzt zu sein. Sie mögen zum Teil auch recht haben, zum anderen äußert sich aber in Ihrem Unwillen über meine Bemerkung auch die wiederholt konstatierte Übertragung auf meine Person, die Ihnen das Abbrechen der Analyse erschwert. Diese Neigung läßt Sie Ihre eigene Fähigkeiten unterschätzen und die Bedeutung meiner Person und meiner Hilfeleistung übertreiben. Das Kind, das Sie sich selber machen, wäre also auch die selbstgemachte Analyse.

— Ich habe, wie Sie wissen, wiederholt den Versuch gemacht, mich selber zu analysieren. Ich setzte mich zum Schreibtisch, schrieb meine Einfälle auf, beschrieb mit den Assoziationen viele Bogen Papiers, ohne daß etwas Rechtes herausgekommen wäre. Meine Gedanken zerfließen ins Unermeßliche, ich kann sie nicht ordentlich zusammenfassen, ich finde nicht die Knotenpunkte im Gedankengewirr. Dagegen bewunderte ich oft die Geschicklichkeit, mit der Sie das scheinbar Unzusammenhängende ordnen können.

— Das unermeßliche Wachsen der Assoziationen entspräche dann dem „sich breitmachenden“ Instrument, über das Sie die Herrschaft verlieren. Es ist aber kein Zufall, daß Sie Ihre Unfähigkeit gerade am Genitale und an der Kinderzeugung demonstrieren, Sie wissen doch, daß wir oft konstatieren konnten, wie sehr Sie als Kind von der imponierenden Größe des Vaters und besonders von dessen Kinderreichtum eingeschüchtert — an sich selbst verzagten. Sie glaubten lange

Zeit hindurch, ohne seinen Beistand nichts Ordentliches leisten zu können, Sie glaubten nicht, es überhaupt jemals zur Familiengründung bringen zu können. Einige Ihrer früher analysierten Träume enthielten auch deutliche Anspielungen an eine einigermaßen feminine Einstellung dem Vater gegenüber. Ich vertrete aber derzeit die Stelle des Vaters bei Ihnen. Sie fühlen sich in der Rolle des Patienten bequem und haben Angst, auf sich selber angewiesen zu sein und die Verantwortung für Ihr ferneres Geschick ganz auf sich zu nehmen.

Ich verlange von Ihnen nicht, daß Sie alle diese Deutungen annehmen, dies werden Ihnen vielleicht spätere Einfälle ermöglichen. So viel werden Sie mir aber jetzt schon zugeben können, daß es in diesem Traume gelungen ist, all die unlustvollen Gedanken, die den Schlaf Ihrer gestrigen Nacht hätten stören können, in die weit minder schreckliche Phantasie von jenem urethralen und analen Eingriffe umzugestalten, der aber gleichzeitig die Erfüllung Ihres sehnlichsten Wunsches ist. Daß es dem Traume gelungen ist, die Wunscherfüllung, das Kind, aus demselben Material, dem des Gummipessars, darzustellen, das in Ihnen eigentlich die unangenehmsten Gedanken lebenslänglicher Kinderlosigkeit erwecken könnte, macht Ihrer Traumtüchtigkeit alle Ehre.

Pollution ohne orgastischen Traum und Orgasmus im Traume ohne Pollution

(1916)

Oft erzählen einem die Patienten, daß sie im Schlafe eine Pollution gehabt haben, ohne daß der sie begleitende Trauminhalt einen sinnlichen Charakter gehabt oder überhaupt eine geschlechtliche Beziehung verraten hätte. Manchmal vermag die Analyse die Fäden aufzudecken, die von dem harmlosen bewußten Trauminhalt zu einer unbewußten Sexualphantasie führen, die die Samenergießung erklärlich macht. Immerhin zeigt es von einer starken Fähigkeit zur Verdrängung, wenn jemand die Verschiebung vom Eigentlichen bis zum letzten Momente des organischen Befriedigungsprozesses festzuhalten versteht. Viel häufiger sind natürlich Fälle, in denen der Traum — wie gewöhnlich — mit Entstellungen und Verschleierungen der Phantasie beginnt, im Momente des Orgasmus aber unverhüllt die sexuelle oder genitale Begebenheit dem Träumenden bewußt werden läßt.

Es gibt aber eine typische Form dieser Pollutionsträume ohne Orgasmus, die ich bei einem jungen Manne längere Zeit hindurch fast täglich zu studieren Gelegenheit hatte. Er hatte jede Nacht eine Pollution, aber niemals an einen sinnlichen

Trauminhalt geknüpft. Es waren Beschäftigungsträume, die mit einem Samenerguß endigten; sie bestätigen also die Annahme Tausks, wonach der pathologische Beschäftigungsdrang eine entstellte sexuelle Betätigung darstellt.

Der junge Mann träumte z. B. von einer komplizierten mechanischen Entdeckung (er wollte Techniker werden), von einem fliegenden Automobil, das alle Vorzüge einer Flugmaschine und eines Automobils vereinigte. Die Arbeit ging schwer von statten, alle möglichen Hindernisse stellten sich ihm in den Weg, doch als die Maschine fertig war und sich in Bewegung setzte, — erwachte er mit einer Pollution. — Andere Male träumte er von einer schwierigen mathematischen Aufgabe, deren Lösung mit einer Ejakulation einherging usw.

Da ich von Freud wußte, daß Pollutionen zumeist nächtlicherweise wiederkehrende Onaniebetätigungen (oder zumindest Onaniephantasien) sind, forschte ich bei diesem Patienten eindringlich nach der Geschichte seiner Masturbation und erfuhr, daß er einen besonders heftigen Abwehrkampf auszustehen hatte. Seine Mutter gehörte zu jenen anscheinend sorglosen (im Unbewußten sehr sinnlichen) Personen, die das Heranwachsen ihres Sohnes nicht zur Kenntnis nehmen wollen, um mit ihm desto länger in körperlicher Intimität bleiben zu können. Um die sich diesmal unverhüllt meldenden inzestuösen Phantasien abzuwehren, blieb dem jungen Mann nichts anderes übrig, als die Sexualität überhaupt in eine andere — möglichst harmlose — Sprache zu transponieren. Das tat er seinerzeit bewußt, als er in die Onanie zurückfiel. Er „onanierte ohne Phantasien". Seit er die Wachonanie überhaupt unterdrückte, kehrt sie bei Nacht als Beschäftigungspollution wieder.

Es scheint also, daß das Thema der nichtorgastischen Pollution überhaupt innig mit der Onanie ohne sinnliche Phantasien, von der einem so oft erzählt wird, zusammen-

hängt. Solche Angaben Erwachsener müssen wir mit der größten Reserve aufnehmen; nur bei ganz kleinen Kindern können wir im Zeitalter der „primären Onanie“ die Möglichkeit einer rein lokalen Genitalreizung ohne Mitbeteiligung der übrigen Psyche zugeben. — Nach einiger Zeit erfährt man auch von den Erwachsenen sicher, daß sie, wenn auch keine sinnlichen Phantasien, doch gewisse „Gedanken während der Onanie bekommen“. Diese Gedanken sind oft eigentümlich. Mathematische oder mechanische Probleme (wie beim obigen jungen Mann); fortlaufendes Zählen, ja — in einem Falle — das Vorsichhinsagen des hebräischen Abc, kommen vor.

Dem Psychoanalytiker wird hier die Analogie mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nicht entgehen. Die Onanie ist eine Art Zwangshandlung, der durch die Verknüpfung mit gewissen sinnlosen oder in der gegebenen Situation unsinnigen Gedanken die eigentliche Bedeutung benommen werden soll.

Die nähere Analyse des Patienten, der beim Onanieren das hebräische Alphabet hersagte (und von dem es sich herausstellte, daß er die Onanie manchmal mit hebräischen Gebeten begleitete), ergab folgendes: Wieder handelte es sich um eine unbewußte inzestuöse Onaniephantasie, deren verpönter Inhalt durch das Hersagen der heiligen Gebete (oder deren Reste: des hebräischen Alphabets) gleichsam exorziert wurde.

Ein anderer elfjähriger Knabe stellte sich bei der Masturbation religiöse Szenen ohne jeden sinnlichen Inhalt vor. Am häufigsten beschäftigte er sich dabei mit der Erscheinung der heiligen Maria, was um so verständlicher war, als ja seine Mutter Marie hieß.

Die Verbindungsbrücke, die die Verschiebung der Phantasie von einer genitalen Betätigungsart auf die scheinbar so sehr entfernte Tätigkeit des Betens erleichtert, dürfte der Automatismus sein, der beiden gemeinsam ist.

Das automatische Hersagen der Gebete, das sogar mit rhythmisch-automatischen Körperbewegungen verbunden sein kann (Vor- und Rückwärtsbeugungen bei manchen jüdischen Sekten, komplizierte rhythmische Körperbewegungen bei den „tanzenden Derwischen", rhythmisches Schlagen an die Brust usw.), eignet sich gerade infolge dieses Automatismus zur entstellten Darstellung eines anderen rhythmischen Automatismus, des genitalen. Dasselbe kann vom automatischen Hersagen des Alphabets und vom automatischen Zählen gesagt werden, denen natürlich auch das vollkommen „Abstrakte", alles sinnlichen Gedankeninhaltes Bare, bei der Flucht vor der bewußten Sexualität zugute kommt. (Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Arbeit Freuds über „Zwangshandlungen und Religionsübungen"[1].)

Die Pollutionen oder Wachonanien, in denen — wie im oben beschriebenen Fall — die Ejakulation bei der Lösung einer schweren Aufgabe erfolgt, sind Miniatursymptome einer Angstneurose. Freud zeigte uns, daß ein großer Teil des von den Menschen als Angst empfundenen Affekts, wie auch der Angstträume, neurotischen Ursprungs ist: die bewußtseinsunfähige (verdrängte) Libido kehrt eben bei den dazu Disponierten in den körperlichen und psychischen Symptomen der Angst zurück. Es sind also Angstpollutionen, um die es sich da handelt, wie sie manchmal bei Knaben auch im wachen Zustande vorkommen. Die Angsterzeugung durch Libido ist eben ein umkehrbarer Prozeß. Auch große Angst kann libidinösen Reiz auslösen. (Auf diese Libidoquelle wird in den Werken Freuds oft hingewiesen, solche sind „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", „Traumdeutung".)

Eine dritte Gruppe von anorgastischen Pollutionsträumen können wir anscheinend nur mit Zuhilfenahme der Synästhesie

1) Ges. Schr. Bd. X.

erklären. Es werden nächtliche Pollutionen mit Orgasmus gemeldet, deren psychische Begleiterscheinungen einfach schöne Landschaften waren, die etwa durch das Fenster eines Eisenbahnwaggons gesehen wurden, oder einfach helle Farben, Feuerwerk usw. Das charakteristische Beispiel dieser Art Träume lieferte mir eine Frau, die nach einer langen Reihe von harmonisch schönen Farbenerscheinungen plötzlich eine japanische Landschaft vor sich sah, und im Momente, als es zu einer vulkanischen Eruption mit den wunderbarsten Licht- und Farbeneffekten kam, erfolgte auch die „Eruption" am Genitale, der Orgasmus. — Es ist, als ob in diesen Fällen die ganze Skala genitaler Empfindungsmöglichkeiten aufs optisch-ästhetische Gebiet transponiert wäre. Ähnliche Verquickungen heterogener Sinnesgebiete sind uns als „Synästhesien" bekannt. *(Audition colorée, odorée* usw.)

Nun wissen wir aber aus der Psychoanalyse, daß das optische Empfinden an und für sich nicht frei von erotischen Beimengungen ist und daß die Schaulust einen bedeutenden — in gewissen pathologischen Fällen den einzigen — Beitrag zur sexuellen Erregung liefert. Nimmt man noch hinzu, daß „Landschaften" im Traume zumeist Sexualgeographie darstellen (Freud), so kann man Träume dieser Art einfach als entstellte Voyeur-Träume deuten, in denen die sexuellen Bilder durch optische Symbole ersetzt werden. Anstatt also die „Synästhesie" zur Erklärung dieser Erscheinung heranzuziehen, müßten wir solche Beobachtungen bei der Erklärung der eigenartigen Erscheinung der Synästhesie verwerten.

*

Pollutionsträume ohne manifest sinnlichen Inhalt sind also, wie es aus dieser Reihe von Beispielen zu ersehen ist, keine Seltenheit. Rank hat ja die These aufgestellt, daß sich jeder Traum,

also auch der scheinbar gar nicht sinnliche, in einer gewissen Schichte seines Aufbaus einer orgastischen Wunscherfüllung nähert. Viel seltener sind unverhüllte Koitusträume mit vollem Orgasmus ohne die entsprechende physiologische Begleiterscheinung, ohne Pollution.

Ich hatte nur einmal Gelegenheit, einen solchen Traum näher zu untersuchen, ich will ihn also ausführlicher mitteilen, so wie mir ihn der Patient erzählte.

Traum: *Ein kleines Kind hat ins Bett gemacht, ein großer, breitschultriger Mann schaut zum Fenster hinaus, sieht absichtlich vom Bette mit dem Kinde darin weg, als würde er sich des Kindes wegen schämen.*"

Zweites Bild: *„Ich liege mit meiner Geliebten im Bett, koitiere sie, habe volle Befriedigung davon; ich glaube, daß ich zweimal koitiert habe, einmal normal und einmal per anum.* Als dunkle, unklare Begleiterscheinung dieses letzten Traumstückes habe ich das Gefühl, *als ob ein Freund, für den ich sehr große Hochachtung hege und mit dem ich eine gemeinsame geschäftliche Arbeit zu leisten hätte, im Nachbarzimmer ist und sein Kind mit irgend einem Auftrag ins Schlafzimmer schickt, wo die Koitusszenen sich abspielen. Ich schäme mich natürlich, mich so zu zeigen, das Kind tut aber ganz ungeniert. Auch der Vater des Kindes scheint vom Sexualvorgang zu wissen.* Ich erwachte ohne die Spuren einer stattgehabten Pollution."

Die Vorgeschichte des Traumes ist folgende: Der Patient leidet u. a. an hartnäckiger Obstipation und pflegt den natürlichen Entleerungen mit Flüssigkeitseinläufen nachzuhelfen. Am Abend vor dem Traume passierte ihm nun, daß die Wirkung des Klysmas sich so rasch meldete, daß er keine Zeit mehr hatte, den Abtritt seiner Wohnung aufzusuchen, sondern die Dejektion im Zimmer verrichten mußte. Es berührte ihn etwas unangenehm, daß er dann das Stubenmädchen rufen und

— nach Erklärung des Vorganges — sie ersuchen mußte, das Nachtgeschirr aus dem Zimmer zu entfernen.

Weiß man das, so ist es nicht schwer, das erste Traumstück zu erklären. Das kleine Kind, das sich so ungebührlich benahm, kann nach den Geschehnissen des Traumabends niemand anderer als der Träumer selbst sein. Doch auch das Schamgefühl, das das Benehmen des Großen darstellt, ist das eigene, im Schlaf nachwirkende Gefühl des Träumers. Es handelt sich also um eine „Auseinanderlegung“ der Person, die sicherlich wunscherfüllenden Tendenzen dient. Nicht er (der Große), sondern das kleine Kind hat sich so ungebührlich benommen, heißt es im Traume. Der latente Traumgedanke hingegen würde lauten: Ich schäme mich, mich wie ein kleines Kind benommen zu haben.

Nur das zweite Traumstück hat Beziehung zu unserem Thema; hier haben wir es mit einem Falle von Koitustraum ohne Pollution zu tun. Sehen wir aber näher zu, so kommen wir zum Schluß, daß dieses Traumstück — wie so häufig — denselben Traumgedanken ausdrückt wie das erste, nur mit anderem Material, man kann auch mit Rank sagen, mit Material aus einer anderen, höheren Schichte des Seelenlebens. Hier ist die verpönte anale Entleerung von gestern in genitale Ejakulation umgewandelt, — gewiß eine wunscherfüllende Entstellung, — denn dieser Entleerung wegen braucht man sich nicht zu schämen, im Gegenteil, sie ist ein Zeichen, daß man „kein Kind“ mehr ist, besonders wenn man den Akt zweimal nacheinander ausführen kann. Aus dem latenten Gedanken hat sich immerhin etwas Anales in dieses Traumstück eingeschlichen, — darum wird wohl der Akt einmal „per anum“ ausgeführt. — Nachhinkend, mit ganz anderem Material verknüpft, kommt dann auch das Gefühl der Beschämung und das Kind aus dem ersten Traumstück zur Wiederholung. Die Scham darüber, daß

er von der mit dem Geschäftsfreunde gemeinsam geplanten Arbeit noch nichts geleistet hat; eine andere, gleichfalls aktuelle Gêne um seines Verhältnisses mit einer nicht mehr jungen Frau willen (obzwar er das Kind jenes geschätzten, väterlichen Freundes hätte heiraten können): alle diese an sich sehr unangenehmen Gedankengänge sind — wie es scheint — wunscherfüllende Verschiebungen der allerverpöntesten aller Triebregungen: der Analerotik. In diesem Traumstück ist das anale Malheur wenigstens auf das Niveau der Genitalität und der Objektliebe gehoben, mit Hilfe der symbolischen Identität aller organischen Dejekte (Kot, Samen).

Was für eine Handhabe gibt uns nun die Analyse dieses Traumes für die Auffassung der Koitusträume ohne Pollution? Meiner Ansicht nach die folgende: In diesem Traume handelt es sich nicht (oder viel weniger) darum, die Sehnsucht nach der Geliebten zu stillen, als darum, den unangenehmen, selbst den Schlaf störenden Gedanken an den beschämenden Vorgang am Vorabend zu verhüllen. Wenn auch das Material zu dieser Entstellung aus der Genitalsphäre genommen wurde, mochte ihm nicht jene impulsive Kraft innewohnen, die bei starker Sehnsucht nach der Frau sogar den organischen Genitalmechanismus in Gang zu setzen vermag.

Die Deutung des zweiten Traumstückes hat ein bekanntes Vorbild. Wir erinnern uns alle jenes von Freud gedeuteten Traumes, in dem eine Dame, der ein Neffe bereits früher gestorben ist, vom Tode des nunmehr einzigen, von ihr innigstgeliebten Neffen träumt. Mit Recht wies sie den wunscherfüllenden Charakter des manifesten Traumes zurück, bis sie sich im Laufe der Analyse erinnerte, daß sie beim Tode des ersten Neffen den von ihr geliebten Mann zum letztenmal sah; der Tod des zweiten bedeutete also keine Befriedigung an sich, sondern die erhoffte Gelegenheit zu einer anderen Befriedigung (dem Wiedersehen mit dem Manne).

Auch in unserem Traume lag die Wunscherfüllung nicht in dem Sexualverkehr selbst, sondern in der Situation, die den Unfall vom Vorabend ungeschehen erscheinen ließ; der Sexualverkehr war nicht Selbstzweck, sondern ein Mittel zur Erreichung jenes anderen.

Zusammenfassend könnten wir also sagen, daß im Falle der Pollution ohne sinnlichen Traum der unbewußte Wunsch stark genug ist, um den organischen Genitalprozeß in Gang zu setzen, aber zu schwach, die allzu strenge Zensur zwischen *Ubw* und *Vbw* zu durchbrechen. Beim orgastischen Traum ohne Pollution dürfte hingegen der unbewußte Sexualwunsch an und für sich zu schwach sein, um einen Samenerguß zu erzeugen; er dient hier nur dazu, die Stelle eines dem *Vbw* unerträglichen Gedankens zu vertreten. Er findet die Pforten der Zensur diesmal weit offen und kommt gerade darum — trotz ihrer Schwäche — voll zur bewußten Geltung. Nur der starke unbewußte Wunsch hat ja Zugang zur Körperlichkeit, während vorbewußte Wünsche nur psychische Vorgänge auszulösen vermögen.

Es bedeutete keine Ausnahme von dieser Regel, wenn bei realer Schwäche der genitalen Exekutive solche orgastische Träume ohne Pollution vorkämen. Auch hier müßten wir nämlich den unbewußten Anteil der Libido als schwach und den Traum mehr als die Erfüllung des Wunsches nach Lust ansehen.

Ein Fall von „déjà vu“

(1912)

Eine Patientin erzählt mir in der Analysenstunde einen Traum aus ihrer Brautzeit; ihr Bräutigam erschien ihr damals mit kurzgeschorenem englischem „Zahnbürsten-Schnurrbart“. Unmittelbar vor dieser Traumerzählung sagte mir die Patientin, wie sehr und wie unangenehm sie durch das Geständnis ihres Bräutigams berührt worden sei, daß die Männer nicht, wie die Frauen „jungfräulich“, sondern nach verschiedentlichen erotischen Erfahrungen die Ehe schließen. Auf meine Frage, was ihr zur Zahnbürste einfalle und ob sie an der Mundpflege des Bräutigams nichts auszusetzen hatte, gesteht sie mir, daß er tatsächlich manchmal „nach schlechtem Magen“ gerochen hätte. Ich kombiniere die gelieferten Einfälle und gebe der Vermutung Ausdruck, daß diese Geruchsempfindlichkeit bei ihr wohl auch durch die ihr unangenehme Vorstellung gesteigert worden sein konnte, der Bräutigam könnte den Geruch anderer Frauen an sich tragen. In diesem Moment ruft die Patientin aus: „Das, was jetzt hier vorgeht, ist mir pünktlich so schon einmal vorgekommen. Ihre Worte, Ihre Stimme, diese Möbel gerade in dieser Ordnung, alles war schon einmal da!“ Ich erkläre ihr, daß das der bekannte psychische Eindruck des

„déjà vu" sei und eine Bestätigung meiner Vermutungen bedeuten könne. „Ja, wir (ich und meine Schwestern) kannten diesen Vorgang schon als Kinder", sagte die Patientin, „wir pflegten zu sagen: wahrscheinlich kommen uns Dinge manchmal so bekannt vor, weil wir sie irgend einmal, wo wir noch Frösche waren, gesehen haben können." Ich mache die Patientin darauf aufmerksam, daß sie, wie sie noch „ein Frosch" (Embryo) gewesen sei, tatsächlich in intimster Berührung mit einem Frauenleib (mit dem der Mutter) sich befunden hätte, und zwar in der Nähe von Organen und Exkreten, deren Geruch ihr (wie ich es schon weiß) sehr widerwärtig ist. Daraufhin bringt mir die Patientin einige ihrer infantilen Sexualtheorien (Storchfabel mit Froschteich, Geburt auf analem Wege usw.) und eine Reminiszenz an den Körpergeruch der Mutter, den sie verspürte, wenn sie sich in ihr Bett legen durfte.

Den Traum, das *„déjà vu"* und die Einfälle, dazu konnte ich dann als wertvolle Bestätigungen der von mir lange vermuteten ziemlich starken (unbewußten) homosexuellen Fixierung der Patientin verwerten, die sich im Bewußtsein u. a. auch in übertriebener Aversion gegen Frauengerüche äußerte. Zugleich bekräftigte der Fall meine bei früheren Anlässen gemachte Erfahrung, daß zwischen *„déjà vu"* und Traum oft ein intimer Zusammenhang besteht. Allerdings fand ich bisher diesen Zusammenhang nur zwischen dem *„déjà vu"* und einem Traume der ihm vorausgegangenen Nacht, dieses Beispiel zeigt aber, daß auch längst vorausgegangene Träume mit einem aktuellen *„déjà vu"* zusammenhängen können. Nehmen wir die ursprüngliche Erklärung Freuds hinzu, wonach die Sensation des *„déjà vu"* zumeist die Erinnerung an einen unbewußten Tagtraum bedeutet, so können wir zusammenfassend sagen: das *„déjà vu"* ist den

„passagèren Symptombildungen“ zuzuzählen und bedeutet immer eine Bestätigung aus dem Unbewußten.

Interessant ist auch die infantile Theorie meiner Patientin über das *„déjà vu“*. Diese führt das unerklärliche Bekanntheitsgefühl auf ein früheres Leben zurück, in dem ihre Seele im Körper eines anderen Tieres (Frosch) gesteckt habe. Die Vermutung Freuds, daß es eine solche Theorie geben könnte, bestätigt sich also.[1]

Man kann übrigens die seit undenklichen Zeiten so hartnäckig verteidigte Lehre von der Seelenwanderung als mythologische Projektion der sich uns immer bestimmter aufdrängenden Erkenntnis auffassen, daß die menschliche Seele unbewußte Erinnerungsspuren der phylogenen Entwicklung beherbergt.

1) In „Psychopathologie d. Alltagslebens“ (Ges. Schr., Bd. IV).

Analyse von Gleichnissen

Gleichnisse der Patienten – Konzentration und Verdrängung – Funktionen der Zensur – Aktion und Hemmung – Die Lust am Gleichnis

(1915)

Viele Patienten haben die Neigung, ihre Ideen und Einfälle durch Gleichnisse zu erläutern. Es sind oft wenig passende, „bei den Haaren herbeigezogene" Analogien zu dem, was der Patient zu verdeutlichen sucht, sehr oft sind aber die Gleichnisse wirklich treffend, geistreich oder witzig. Ich finde, daß diese Produktionen des Analysierten besondere Aufmerksamkeit verdienen und daß sie oft einen direkten Zugang zum verborgenen psychischen Material gestatten. Ich möchte das an einigen Beispielen zeigen und wähle dazu die Gleichnisse einiger Patienten, die nicht müde wurden, den Eindruck, den sie vom Fortgang der Analysenarbeit bekamen, mit Bemerkungen zu begleiten. Es sind also Gleichnisse zur Psychoanalyse.

„Die Analyse ist langweilig," — sagt ein Patient, — *„sie gleicht der mühseligen Arbeit, mit der man Mohnkörner von Reiskörnern sondert."*

Die Wahl dieses Gleichnisses war nicht zufällig, das „Körnersuchen“ führte direkt zu Kinderszenen aus dem Leben des — infantil fixierten — Patienten.

„Die Analysenarbeit ist wie das Schälen von Hülsenfrüchten“ — sagte ein anderer Patient. — *„Man wirft die Schalen weg und behält die Bohnen.“* Die Analyse dieses Einfalles führte tiefer. Patient erinnerte, daß er als Kind die kleinen Kotstücke, die seine Schwester ausschied, Bohnen nannte. Von dieser Erinnerung eröffnete sich ein Weg zur Analerotik des Patienten.

„Ich finde den Unterschied zwischen Hypnose und Analyse so: die Hypnose ist wie der Pracker, der den Staub in die Kleider noch tiefer hineinschlägt, die Analyse aber ist wie der Vacuum-Cleaner, sie saugt die Symptome heraus.“ Dieser ausgezeichnete Vergleich ist dem bekannten Vergleiche Freuds, der die Hypnose und Analyse mit den von Leonardo charakterisierten Arten der Malerei- und Bildhauereitechnik[1] vergleicht, an die Seite zu stellen. Vom Standpunkte des homosexuell-masochistischen Patienten hatte aber sowohl der Vergleich mit dem Schlagen als der mit dem Saugen auch eine rein persönlich-historische Bedeutung, die dann die Analyse aufdeckte.

„Die Analyse ist wie eine Wurmabtreibungskur,“ — sagte ein Patient, — *„man mag noch so viele Wurmglieder abtreiben, solange der Kopf drin bleibt, hat man gar nichts davon.“* Ich glaube nicht, daß die Tendenz der psychoanalytischen Therapie je treffender gekennzeichnet worden wäre. Die Symptome sind wirklich nur entfernte „Glieder“ einer psychischen Organisation, die ihren Kern, ihren „Kopf“, aus dem sie ihre Kraft saugt, im Unbewußten hat; solange nicht auch der Kopf ans Licht gebracht ist, muß man mit dem Wiedererscheinen der —

1) Vgl. Freud, Über Psychotherapie (Ges. Schr., Bd. VI, S. 15).

zeitweilig vielleicht beseitigten — Symptomglieder rechnen. Für die Zwecke der Analyse des Patienten mußte aber dieser Vergleich zur Klarlegung analer Kleinkindererfahrungen verwertet werden. Dieses Gleichnis enthielt übrigens auch die richtige Vorahnung, daß seine Kur vor dem Ende abgebrochen werden wird, und zwar aus Geldrücksichten. Den analen Kopf seines Neurosenwurms ließ sich der Patient nicht nehmen.

„In der Analyse ist mir zumute wie einem eingefangenen wilden Tier in seinem Käfig."

„Ich fühle mich wie ein Hund, der vergeblich an der Kette zerrt."

„Die Deutungen, mit denen Sie meine Einfälle begleiten, bringen mich in die Lage eines von Flammen umgebenen Skorpions; wo immer ich hin will, werde ich vom Feuer Ihrer Aussagen gesengt; ich muß am Ende Selbstmord begehen."

Diese drei Gleichnisse rühren von einem Patienten her, dem ich den besonders aggressiven Hintergrund seiner manifesten Rührseligkeit und Milde vergeblich nachzuweisen suchte. Daß er sich aber in diesen und vielen anderen Vergleichen gerade mit wilden, bissigen und giftigen Tieren verglich, mußte ich als Bestätigung meiner Annahmen deuten.

Manchmal kann man hinter einer scheinbar aufs Geratewohl gewählten Metapher Bedeutsames vermuten, so bei der Patientin, die ihren Seelenzustand mit den Worten charakterisierte: *„Mir ist, als wäre ein Fleck auf meiner Seele."* Dieser Fleck konnte nicht metaphorisch, sondern in der ursprünglichen Bedeutung genommen werden. Natürlich war der Fleck nicht auf der „Seele".

„Schwere Geburt!" sagte ein Patient höhnisch, als wir keine Fortschritte in der Analyse machten. — Er wußte nicht, daß die Wahl dieses Ausdruckes von der schweren Geburt seiner eigenen Frau bestimmt war. Wegen dieser schweren Geburt

durfte er nicht mehr an Nachkommenschaft denken, obzwar sein Erstgeborener inzwischen gestorben war.

„Sie kommen mir vor wie ein Farmer, der sich auch an den dunkelsten Stellen meines Seelenurwaldes auskennt“ — sagte ein anderer Patient. Das Material zu diesem ziemlich gezwungenen Vergleich lieferten natürlich die eigenen juvenilen Robinson-Phantasien.

Bei der Analyse dieses letzteren Vergleiches muß man nebst der lebensgeschichtlichen auch an die Mitwirkung tieferer symbolischer Determinanten denken. Wenn wir berücksichtigen, daß der Vergleich von einem Patienten herrührt, dessen sexuelle Minderleistung auf narzißtisch-homosexuelle Fixierung zurückzuführen war, darf man seinen Ausspruch als Zeichen der Übertragung auf den Arzt, und die „dunklen Stellen seines Seelenurwaldes“ sexualsymbolisch auffassen.

Viel deutlicher spricht die Symbolik aus folgenden Gleichnissen anderer Patienten:

„Die Analyse ist wie das Gewitter, das die Algen vom Meeresgrunde aufpeitscht.“ (sic!)

In Zusammenhang mit dem schon vorher Bekanntgewordenen mußte ich dieses Bild von unbewußten Geburtsphantasien der Patientin ableiten.

„Ich kann mich mit dieser Kur, wo man den Patienten allein läßt und seinen Einfällen nicht nachhilft, nicht befreunden. Die Analyse bohrt einfach in die Tiefe und hofft, daß das Verborgene, wie ein artesischer Brunnen, von selbst in die Höhe springen wird; wo aber der innere Druck so gering ist, wie bei mir, müßte man mit einem Pumpwerk nachhelfen.“

Zum Verständnis des Sexualsymbolischen in diesem Gleichnisse genügt die Angabe, daß es sich um einen Patienten mit ungewöhnlich starker Vaterfixierung handelte, der seine Gefühle auch auf den Arzt übertrug.

Ein Patient erzählt, daß er beim Festmahl nach der Hochzeit seiner Schwester in einem Trinkspruch an seinen neuen Schwager folgende Ansprache richtete:

„Deine edlen Gedanken, wenn sie erst durch die Retorte deiner Gattin durchgegangen sind, werden noch edler herauskristallisieren."

Besonders da dieses Gleichnis aus Anlaß einer Hochzeit geprägt wurde, muß es auf jeden Zuhörer als Anspielung auf sexuelle und Geburtsvorgänge gewirkt haben. Nur der Redner selbst wußte von dieser Tendenz nichts.

„Wenn es Ihnen gelingt, zu meinen unbewußten Gedanken durchzudringen, dann sind Sie in meinen Augen wie der Held, der das eherne Tor Konstantinopels mit einem Keulenschlag einbrach."

Zur Erklärung des Gleichnisses möge dienen, daß die Symptome und die Träume des Patienten — obzwar er selbst nichts davon wissen will — auf eine starke sadistische Komponente der Sexualkonstitution schließen lassen.

*

Diese Reihe von Beispielen genügt, um sich überhaupt eine Vorstellung von den psychischen Verhältnissen bei der Gleichnisbildung zu machen. Wenn jemand seine Aufmerksamkeit darauf konzentriert, ein Gleichnis zu irgend etwas zu suchen, so ist ihm nur an der Gleichheit, der Ähnlichkeit gelegen, dagegen vollkommen g l e i c h g ü l t i g, aus welchem Material das Gleichnis geschöpft wird. Wir merken nun, daß unter diesen Umständen dieses „gleichgültige" Material fast allemal dem verdrängten Unbewußten entstammt. Dies macht es uns zur Pflicht, die Gleichnisse des Patienten sorgfältig auf ihren unbewußten Hintergrund zu untersuchen; die Gleichnisanalyse erweist sich neben der Analyse der Träume, der Fehl- und

Symptomhandlungen der Patienten als eine nicht unwichtige Waffe der analytischen Technik.

Wir konnten auch konstatieren, daß das in den Gleichnissen enthaltene Material — wie Stücke des manifesten Trauminhaltes — sich bald als Erinnerungsrest aus der Lebensgeschichte des Patienten erwies, also real zu nehmen war, bald wiederum als der symbolische Ausdruck unbewußter Tendenzen; natürlich können auch beide Gleichnisquellen an einem und demselben Gleichnis beteiligt sein.

Von prinzipieller Wichtigkeit scheint mir zu sein, daß die Konzentration der Aufmerksamkeit (des Interesses, vielleicht auch eines Teiles des Libido) auf das Gleichnissuchen eine ähnliche Milderung der Zensur zur Folge hat, wie sie uns bei der Traumbildung bekannt geworden ist; das bisher Verdrängte kann — wenn auch in entstellter oder symbolischer Darstellung — bei der Konzentration auf die Gleichnissuchung in ähnlicher Weise zum Bewußtsein durchdringen wie bei der Konzentration des Interesses auf den Wunsch zu schlafen. Auch dem Schlafenden ist nur an der Aufrechterhaltung des Schlafzustandes gelegen, alles andere ist ihm zunächst gleichgültig. Natürlich drängt sich aber von diesem „gleichgültigen“ psychischen Material das infolge des bis jetzt darauf lastenden Druckes stärker gespannte Material: d. h. das Verdrängte in erster Linie vor. Die Stärke der „Vordrängungstendenz“ muß der Kraft der bisherigen Verdrängung entsprechen.

Dieses reziproke Verhältnis zwischen Aufmerksamkeit und Zugänglichkeit des Verdrängten ist uns übrigens von zahlreichen anderen Gebieten her geläufig. Die „freie Assoziation“, die Hauptwaffe der psychoanalytischen Technik, ist nur durch Einhaltung der Freudschen „Grundregel“ zugänglich geworden, wonach der Patient sich bestreben muß, sich gegenüber seinen Einfällen möglichst „gleichgültig“ zu verhalten. Erst bei Ein-

haltung dieser Vorschrift taucht aus dem Verdrängten das zu deutende und einzuordnende Material auf; wenn aber jemand sich anstrengt, ein Symptom oder einen Einfall mit bewußter Aufmerksamkeit zu ergründen, so spornt er damit die Zensur nur zu erhöhter Wachsamkeit auf. Freud hat uns übrigens gelehrt, daß auch der Analytiker nicht nur durch logische Anstrengung, sondern oft eher durch freies Spielenlassen der Einfälle zu den richtigen Deutungen gelangt, wozu eine gewisse Gleichgültigkeit den Einfällen des Patienten gegenüber nötig ist. Ein ungestümes Wissen- und Heilenwollen führt zu nichts oder auf Abwege.

In der Psychopathologie des Alltags zeigt sich die erwähnte Reziprozität am auffälligsten. Die verräterischen Fehlhandlungen des „zerstreuten Professors“ sind das Ergebnis der geistigen Konzentration auf einen Gegenstand und der Gleichgültigkeit allen sonstigen Dingen gegenüber. (Siehe das Archimedische: *„Noli turbare circulos meos.“*)

Auch ihre „Symptomhandlungen“ betätigen die Menschen um so ausgiebiger, je mehr sie durch etwas anderes abgelenkt sind. Beim Vergessen von Eigennamen pflegt das bewußte Suchen nichts zu nützen; beim Nachlaß der Anstrengung fällt einem das Vergessene von selbst ein.

Durch Berücksichtigung des reziproken Verhältnisses zwischen Konzentriertheit und Verdrängung wird uns auch die Symptomatologie der Hypnose und der Suggestion um etwas verständlicher. Wir konnten behaupten, daß die hypnotische Gefügigkeit auf blinden Gehorsam, dieser aber auf die übertragene elterliche Fixierung zurückzuführen ist. Es gibt nur zwei Arten von Hypnose: die Vaterhypnose (die man auch Schreckhypnose nennen kann) und die Mutterhypnose (mit anderen Worten: die Schmeichelhypnose).[1] Die

1) Vgl. Introjektion und Übertragung. (Bd. I dieser Sammlung.)

Konzentration auf die Affekte des Schreckens und der Liebe macht die Hypnotisierten für alles andere gleichgültig. Der Seelenzustand des vor Schreck Kataleptisierten ließe sich in folgenden Sätzen ausdrücken: „Ich fühle, tue und sage alles, was du willst, nur sei du mir nicht böse." Der Verliebte könnte sagen: „Dir zuliebe glaube, sehe und handle ich, wie du willst. Alles außer deiner Liebe ist mir gleichgültig."

Mag es sich aber um welche Form der Hypnose immer handeln, die Erfolge der Breuer-Freudschen kathartischen Methode beweisen uns, daß hier infolge der Faszinierung durch den Hypnotiseur und der Gleichgültigkeit gegen alles andere auch das sonst tief verdrängte psychische Material mit Leichtigkeit bewußt wird.

Daß übrigens die Konzentration bei der Hypnose eine große Rolle spielt, zeigen schon die beim Hypnotisieren oft förderlichen Praktiken der optischen und akustischen Konzentration.

In diesem Zusammenhange muß ich auch auf die Praktiken der sogenannten Kristallschauer oder Spiegelschauer (Lekanoskopen, Lekanomanten) hinweisen, die ihre Aufmerksamkeit krampfhaft auf einen optischen Punkt fesseln und dabei weissagen. Die Untersuchungen Silberers[1] beweisen, daß bei diesen Weissagungen eigentlich das eigene Unbewußte zu Worte kommt; wir würden hinzufügen: infolge der bei der Konzentration erfolgenden Zensurmilderung fürs gleichgültiger gewordene Verdrängte.

Bei überstarker Besetzung eines Affekts, z. B. bei Ausbrüchen des Hasses, der sich in Flüchen Luft macht, kann man Ähnliches beobachten. In einer psychologischen Untersuchung „über obszöne Worte"[2] wies ich darauf hin, daß, obzwar —

1) H. Silberer, Lekanomantische Versuche, Zentralblatt für PsA. II. Jg.

2) In Bd. I dieser Sammlung.

oder gerade weil — der Fluchende einzig von dem Wunsche beseelt ist, dem Gegenstande seines Hasses einen großen Schimpf, gleichgültig welchen, anzutun, im Wortlaute der Flüche nebstbei auch die tiefstverdrängten eigenen analen und Ödipuswünsche, diesmal ganz unentstellt, zum Ausdruck gelangen. (Ich verweise auf die obszönen Flüche des niederen Volkes und auf deren Abschwächungen beim Kulturmenschen.)

Auch in der Pathologie der Seele findet man Beweise für diese funktionale Beziehung zwischen Verdrängung und Interessebetonung. Beim gedankenflüchtigen Manischen kommt das Verdrängteste mit Leichtigkeit zum Vorschein. Wir können annehmen, daß es für ihn — im Gegensatz zum gehemmten Melancholiker — gleichgültig geworden ist. Bei der Paraphrenie (Dementia praecox), deren Wesen im Gleichgültigwerden der Außenwelt und aller Objektbeziehungen besteht, sehen wir, daß die von den Neurotikern so vorsichtig gehüteten Geheimnisse einfach ausgeplauscht werden. Die Paraphreniker sind bekanntlich die besten Symboldeuter; nachdem sie für sie bedeutungslos geworden sind, erklären sie uns mühelos die Bedeutung aller Sexualsymbole.

Aus unseren psychoanalytischen Kuren ersehen wir übrigens, daß ein gewisses „Gleichgültigwerden" vielleicht überhaupt die Bedingung ist, unter der Verdrängtes bewußt werden kann. Die Patienten gelangen erst dann zur bewußten Einsicht in eine verdrängte Regung, wenn diese für sie im Laufe der Kur allmählich gleichgültiger geworden ist und ihre Libido sich auf andere Gegenstände verschoben hat.

Um auf ein Gebiet zurückzukehren, das unserem Ausgangspunkte näher liegt, verweise ich auf den von Freud beschriebenen psychischen Akt des Witzes, bei dem die Aufmerksamkeit von der Witztechnik gefesselt wird und diese Ablenkung der Aufmerksamkeit den verdrängtesten Tendenzen

zum Ausdruck verhilft. — Schließlich zitiere ich eine mündliche Aussage des Psychoanalytikers Dr. Hanns Sachs, nach dem die Worte, in die die Dichter ihre Ideen kleiden, oft auf die tieferen, unbewußten Quellen jener Idee hindeuten. Nach Analogie mit der Gleichnisbildung muß man auch hier annehmen, daß auch beim Dichter die Konzentration auf die Idee den Durchbruch des Verdrängten in dem aufs Geratewohl gewählten Wortlaute der Dichtung ermöglicht.

Pfister fand übrigens, daß auch die vollkommen „gedankenlos" aufs Papier geworfenen (also sicher gleichgültigen) Kritzeleien oft erstaunliche Mitteilungen aus dem unbewußten Seelenleben enthalten.[1]

*

Aus der Tatsache nun, daß in allen hier erwähnten Fällen von „Konzentration" die Verdrängungszensur in einem der anderweitigen Inanspruchnahme entsprechenden Maße an Intensität abnimmt, muß man darauf schließen, daß bei der Konzentration eine sonst als Verdrängungszensur fungierende Energiemenge zur Verwendung gelangt. (Ob es sich dabei um libidinöse Energie, Interesse oder beides handelt, müssen wir beim heutigen Stande unseres psychoanalytischen Wissens dahingestellt sein lassen.) Dieses Vikariieren der beiden Funktionen wird uns verständlicher, wenn wir bedenken, daß alle Arten von Konzentration eigentlich eine Art Zensurarbeit bedeuten: die Abhaltung aller (innerer oder äußerer) Eindrücke vom Bewußtsein mit Ausnahme jener, die von dem Gegenstande der Aufmerksamkeit herstammen oder die mit der psychischen Einstellung, auf die man sich konzentriert, übereinstimmen. Alles, was den Schlaf stört, wird von der Zensur des Schlafen-

1) Kryptolalie, Kryptographie und unbewußtes Vexierbild bei Normalen. Jahrbuch f. PsA., V. Bd.

den ebenso „verdrängt“ wie im Wachzustand die ob ihrer Unmoralität bewußtseinsunfähigen Gedanken. Der auf seinen Gegenstand konzentrierte Gelehrte wird taub und blind für alles andere, d. h. seine Zensur verdrängt die Eindrücke, die auf sein Objekt keinen Bezug haben. Einen ähnlichen — wenn auch nur passagèren — Verdrängungsprozeß müssen wir auch bei allen übrigen Fällen der Konzentration, so auch beim Gleichnissuchen vermuten. Nach alledem wird es uns verständlicher, daß die Energie zu solcher passagèrer Verdrängungs-(Zensur-)Arbeit von der zwischen dem Unbewußten und dem Bewußtsein ständig eingerichteten Instanz und auf deren Kosten beigestellt wird.

Allenfalls haben wir es in der Zensur mit einem System von begrenzter Leistungsfähigkeit zu tun. Steigert man die Ansprüche an eine ihrer Leistungen, so kann dies nur auf Kosten der anderen geschehen.[1] Dies entspricht also vollkommen der von Freud vorgeschlagenen Anschauungsweise, nach der im psychischen System verschiebbare Quantitäten von an sich qualitätsloser Besetzungsenergie am Werke sind.

Nebst dieser rein „ökonomischen“ Beschreibung des Prozesses kann man sich aber auch über die Dynamik der vermuteten Energieverschiebung bei der Konzentration eine Vorstellung machen. Das Mystische und Unerklärliche, das in jedem Willens- oder Aufmerksamkeitsakte immer noch drin steckt, schwindet zum größten Teil, wenn wir uns zu folgender Annahme entschließen: Das Primäre beim Aufmerksamkeitsakte ist die Hemmung aller Akte mit Ausnahme der intendierten. Wenn alle Wege, die zum Bewußtsein führen, mit Ausnahme eines

1) Dies scheint auch für die Zensurbehörden der Großindividuen (der Staaten) zu gelten. Ich finde, daß, seitdem die Zensur infolge des Krieges *in politicis* so ungemein streng geworden, ihre Strenge gegen die erotische Literatur nachgelassen hat.

einzigen, gesperrt werden, so fließt die psychische Energiebesetzung spontan und ohne daß hiezu eine eigene „Anstrengung“ nötig wäre (was überdies auch unvorstellbar wäre), in die einzige, offengelassene Richtung. Will ich also etwas aufmerksam anschauen, so tue ich das, indem ich alle Sinne mit Ausnahme des Gesichtssinnes vom Bewußtsein absperre; die gesteigerte Aufmerksamkeit für optische Reize kommt dann von selbst zustande, gleichwie die Steigerung des Flußniveaus von selbst zustande kommt, wenn die mit ihm kommunizierenden Kanäle abgesperrt werden. Ungleiche Hemmung ist also das Wesen jeder Aktion; der Wille ist nicht wie die Lokomotive, die auf den Schienen dahinbraust, sondern er gleicht mehr dem Weichensteller, der vor der an sich qualitätslosen Energie — der eigentlichen lokomotorischen Kraft — alle Wege mit Ausnahme eines einzigen verschließt, so daß sie den einzigen offengebliebenen befahren muß. Ich vermute, daß dies für alle Arten von „Aktionen“, also auch für die physiologischen gilt, daß also die Innervation einer bestimmten Muskelgruppe eigentlich nur aus der Hemmung aller Antagonisten resultiert. — Die psychische Konzentration auf die Gleichnisbildung ist also nur möglich durch die und infolge der Hemmung des Interesses (Gleichgültigkeit) gegen alles andere, u. a. auch gegen das sonst Verdrängte, das dann die Gelegenheit dazu benützt, sich zur Geltung zu bringen.

*

Gern hätte ich — auf Grund der psychoanalytischen Beobachtung — über die beim Bilden und beim Anhören treffender Gleichnisse empfundene Lust etwas Neues mitgeteilt. Was ich aber fand, ist nichts als die Anwendbarkeit der Freudschen Theorie vom Witz auch auf diese ästhetische Lustquelle. Dadurch, daß sich die Aufmerksamkeit und mit ihr ein Teil

der Zensurfunktion auf die (schon an sich einigermaßen lustvolle) Feststellung der Gleichheiten in scheinbar weit entfernten Dingen konzentriert, werden andere, bisher streng zensurierte Komplexe von dem auf ihnen lastenden Drucke befreit, und dieser Ersparnis an Hemmungsaufwand ist die eigentliche Lust („die Endlust") am Gleichnis zuzuschreiben. Die Lust an der Ähnlichkeit (Gleichheit) wäre also mit der durch die Witztechnik entfesselten Vorlust in Analogie zu bringen. Allerdings gibt es eine fortlaufende Reihe von den einfachen Gleichnissen, die gar keine unbewußte Lustquelle entfesseln, bis zu den „tiefsinnigen" und „witzigen" Vergleichen, bei denen die Hauptlust aus dem Unbewußten stammt.

Die den Gleichnissen eigentümliche Lust am Wiederfinden desselben Dinges in ganz anderem Material ist sicher der Ersparnis an intellektuellem Aufwand an die Seite zu stellen, die die Vorlustwirkung der Witztechnik bewirkt. Möglicherweise steckt aber nebst dieser Wiederholungslust auch eine besondere Wiederfindungslust dahinter.

Es gibt Menschen, die das Talent haben, auch die leiseste Spur der Ähnlichkeit mit ihren Bekannten in fremden Gesichtern zu entdecken. Es scheint, daß sie sich mit Hilfe des durch die Ähnlichkeit erweckten Bekanntheitsgefühls vor der unangenehmen Wirkung ganz neuer Eindrücke (ganz unbekannter Physiognomien) schützen. Wir merken auch, mit welchem Vergnügen wir eine Stadt, die wir schon kennen, wiedersehen, während es einer gewissen Zeit (also auch hier der Wiederholung) bedarf, bis sich die Härte ganz neuer Reiseeindrücke verliert. Ich glaube, daß die Dinge, die wir einmal „geistig einverleibt", introjiziert haben, schon hiedurch gleichsam „geadelt", unserer narzißtischen Libido teilhaftig werden. Und in letzter Linie mag das die Ursache des Vergnügens sein, das wir empfinden, wenn wir bei der Gleichnisbildung in einem

neuen Eindruck das Altbekannte wiederfinden. Der überaus befremdende Eindruck, den die Psychoanalyse auf die Patienten macht, mag daran schuld gewesen sein, daß manche von ihnen — wie die eingangs mitgeteilten Beispiele zeigen — gleichsam den Zwang haben, diesen Eindruck durch eine ganze Reihe von Gleichnissen zu mildern. Die Tendenz, das Liebgewonnene in allen Dingen der feindlichen Außenwelt wiederzufinden, ist wahrscheinlich auch die Urquelle der Symbolbildung.

Sonntagsneurosen

(1919)

Wir kennen aus der Psychiatrie Krankheitszustände, deren Verlauf ausgesprochene Periodizität zeigt; es genügt wohl, wenn ich an die periodische Manie und Melancholie erinnere. Auch wissen wir es seit Freuds psychoanalytischer Feststellung, daß die Psychoneurotiker — von denen bekanntlich so viele an verdrängten Erinnerungen leiden — gerne den Jahrestag oder die Jahreszeit gewisser für sie kritischer oder bedeutsamer Erlebnisse mit der Steigerung ihrer Symptome feiern. Aber von Neurosen, deren Symptomschwankungen vom jeweiligen Wochentage abhängig wären, hat meines Wissens noch niemand etwas erwähnt.

Und doch glaube ich, die Existenz dieser eigenartigen Periodizität behaupten zu können. Ich behandelte mehrere Neurotiker, deren spontan erzählte oder während der Analyse reproduzierte Krankheitsgeschichte die Angabe enthielt, gewisse nervöse Zustände hätten sich bei ihnen — zumeist in der Jugendzeit — an einem bestimmten Wochentage, dann aber regelmäßig eingestellt.

Die Mehrzahl verspürte die periodische Wiederkehr der Störungen an Sonntagen. Zumeist handelte es sich um

Kopfschmerzen oder Magen-Darmstörungen, die sich ohne besondere Ursache an diesem Tage einzustellen pflegten und den jungen Leuten den einzigen freien Tag der Woche oft gründlich verdarben. Ich brauche wohl nicht zu versichern, daß ich dabei die Möglichkeit rationeller Ursachen nicht außer acht ließ. Auch die Patienten selbst bemühten sich — scheinbar mit Erfolg — um eine sinngemäße Erklärung dieser sonderbaren zeitlichen Bestimmtheit ihrer Zustände und wollten sie mit der diätetischen Sonderstellung des Sonntags in Zusammenhang bringen. Am Sonntag schläft man länger als sonst, darum hat man Kopfschmerzen, sagten die einen; Sonntags ißt man so viel und so gut, darum verdirbt man sich so leicht den Magen, sagten die anderen. Ich will auch die Wirksamkeit dieser rein somatischen Momente in der Hervorrufung der sonntäglichen Periodizität nicht in Abrede stellen.

Manches spricht aber dafür, daß diese physiologischen Momente den Tatbestand nicht erschöpfen. Der Kopfschmerz z. B. kommt auch, wenn die Schlafdauer am Sonntag von der der übrigen Tage der Woche nicht verschieden war, und die Magenbeschwerden melden sich auch, wenn die Umgebung und der Patient selbst schon gewarnt waren und die Diät an diesem Tage prophylaktisch einschränkten.

In einem der Fälle, die mir bekannt wurden, bekam der kleine Junge jeden Freitag abend Schüttelfrost und Erbrechen. (Es war ein Judenknabe, für den am Freitag abend die „Sonntagsruhe“ begann.) Er und die ganze Familie führten den Zustand auf den Fischgenuß zurück; es gab nämlich fast keinen Freitagabend ohne ein Fischgericht. Es nützte aber nicht, daß er sich den Genuß dieser Speise versagte; die Störungen meldeten sich nach wie vor; diesmal wurden sie vielleicht auf die Idiosynkrasie gegen den Anblick der gefährlichen Speise zurückgeführt.

Das psychologische Moment, das ich nun zur Erklärung dieser Bestimmtheit in der zeitlichen Wiederkehr der Symptome als Hilfsfaktor oder manchmal auch als alleinige Ursache heranziehen möchte, ist in den Verhältnissen gegeben, die den Sonntag, auch abgesehen vom längeren Schlaf und dem besseren Essen, kennzeichnen.

Der Sonntag ist der Festtag der heutigen Kulturmenschheit. Man täuscht sich aber, wenn man glaubt, daß der Festtag nur die Bedeutung eines körperlichen und seelischen Ruhetages hat; zur Erholung, die er uns gewöhnlich verschafft, tragen Gemütsmomente eminent bei. Nicht nur, daß wir an diesem Tage unsere eigenen Herren sind und uns von allen Fesseln, die uns die Pflichten und der Zwang von außen auferlegen, befreit fühlen; es geht in uns — damit parallel — auch eine Art innerliche Befreiung vor sich. Wir hörten von Freud, daß die inneren Mächte, die unser Denken und Handeln in logisch, ethisch und ästhetisch einwandfreie Bahnen lenken, nur triebhaft reproduzieren, was einst den Menschen äußere Not aufgezwungen hatte. Was Wunder, wenn beim Nachlaß des aktuellen äußeren Druckes auch ein Teil der sonst schon dauernd unterdrückten Triebe frei wird. Der Nachlaß der äußeren Zensur zieht eben auch die innere in Mitleidenschaft.

Für den Fernstehenden ist es immer merkwürdig zu beobachten, wie sich das Niveau einer Menschengruppe bei festlichen Anlässen verändert. „Auf der Alm, da gibt's ka' Sünd'," sagt der Steirer und meint damit, daß auf einem Sonntagsausflug auf die Alm eben alles erlaubt ist. Erwachsene benehmen sich wie Kinder, die Kinder aber geraten außer Rand und Band, und nicht selten lassen sie sich zu Streichen hinreißen, die dann die Strafe der autoritativen Personen provozieren und der überguten Laune ein jähes und trauriges Ende bereiten. Nicht immer ist es so, denn die Erwachsenen sind

bei solchen Anlässen von merkwürdiger Langmut, als fühlten sie sich von einer geheimen und unausgesprochenen Konvention gebunden, die den Schuldigen eine temporäre Straffreiheit zusichert.

Aber es ist nicht jedem gegeben, seinen festlichen Übermut so frei und natürlich auszutoben. Der neurotisch Veranlagte wird gerade bei solchen Anlässen zur Affektverkehrung geneigt sein, entweder weil er allzu gefährliche Triebe zu bändigen hat, die er besonders dann scharf behüten muß, wenn ihn das böse Beispiel der anderen lockt, oder weil sein überempfindliches Gewissen auch kleine Verfehlungen nicht passieren läßt. Außer der zur Unzeit sich einstellenden Depression dieser „Spielverderber" können sich aber ihre durch das Fest aktivierten unterdrückten Regungen samt den dagegen mobilisierten Selbstbestrafungsphantasien in kleinen hysterischen Symptomen manifestieren. Und als solche muß ich auch die eingangs erwähnten sonntäglichen Kopfschmerzen und Magenerscheinungen qualifizieren; der „lange Schlaf", das „viele Essen" usw. sind nur Anlässe, deren sich diese kleine Neurose bedient und mit denen sie ihre wahren Beweggründe rationell verhüllt.

Ein Indizienbeweis für die Richtigkeit dieser Auffassung ist, daß es außer der periodischen, aber rasch vorübergehenden „Sonntagsneurose" auch protrahiertere „Ferialneurosen" gibt. Die damit Behafteten sind während ihrer Schul- oder Amtsferien stets von mehr-minder lästigen psychischen Zuständen geplagt. Abgesehen von den oben erwähnten „kleinen Hysterien", ist hier eine eigenartige Stimmungsveränderung recht häufig. Ich meine eine gewisse s p a n n u n g s v o l l e L a n g e w e i l e, die die Betreffenden mit keinerlei Zerstreuung hindern können, gepaart mit einer für sie selbst qualvollen Arbeitsunfähigkeit. „Faulheit mit Gewissensbissen", „eine Faulheit, deren man sich nicht erfreuen kann", mit diesen Ausdrücken versuchte ein

von ihr Betroffener diese Stimmung zu charakterisieren. Ein anderer sprach von einer Sehnsucht nach etwas Unbestimmtem und erinnerte sich, schon als Kind seine Mutter stundenlang mit der sehr allgemein gehaltenen Bitte geplagt zu haben: „Mutter, gib' mir etwas!" Was ihm damals die Mutter auch gab, ließ ihn aber unbefriedigt, er raunzte weiter, bis er tüchtig ausgeschimpft oder gar geprügelt wurde; dann gab er sich zufrieden.[1] Sollten hinter den Sonntagsneurosen auch solche unbefriedigten Wunschregungen stecken? Und wenn ja, was ist wohl der Inhalt dieser Wünsche? Woher das schlechte Gewissen, die Straftendenz der Symptome und die merkwürdige, übrigens den Eltern wohlbekannte therapeutische Wirksamkeit der Strafe?

Beim zuletzt erwähnten Patienten konnte die Psychoanalyse — beim besten Willen, endlich einmal etwas Abwechslung in die tiefsten Motive menschlichen Handelns zu bringen — wieder nur Komponenten der Ödipusphantasie als versteckten Inhalt der unbewußten strafbaren Wünsche detektieren: Gewalttätigkeit gegen die Autorität und Bemächtigungsimpulse dem gegengeschlechtlichen Elternteil gegenüber. Solange mich die Erfahrung nichts Besseres lehrt, muß ich auch für die übrigen Festtagsneurosen diese Motivierung der Symptome gelten lassen.

Bei dem Knaben mit den Magenstörungen am Freitag abend kann man der Determinierung der Symptome weiter nachgehen. Es ist bekannt, daß für fromme Juden am Freitag abend nicht

1) Der ungarische Dichter Vörösmarty erzählt in seinem köstlichen, humoristischen Gedichte „Petike", wie sich die Mutter umsonst bemüht, ihren von düsterer Traurigkeit befallenen Jungen mit Geschenken, Leckerbissen usw. aufzuheitern; erst bei der Erwähnung der Nachbarstochter Juliska sagt der bis dahin negativistische Kleine mürrisch: „Sie möchte kommen!" — Doch da durchschaut ihn die bisher besorgte Mutter, wäscht ihm ein bißchen den Kopf und schickt ihn in die Schule.

nur das Fische-Essen, sondern — auch die eheliche Liebe obligat ist; so wird wenigstens von sehr vielen, besonders den ärmeren Juden, die von der Bibel geforderte Heiligung des Sabbats ausgelegt. Wenn dann der Junge infolge Unachtsamkeit der Eltern hievon mehr als ihm zusagt erfahren oder erlauscht hat, so mag sich in ihm eine stabile Assoziation zwischen dem Fruchtbarkeitssymbol Fisch und jenen aufregenden Vorgängen gebildet haben. Seine Idiosynkrasie wäre so erklärlich; aber auch das Erbrechen wäre dann nur die „Materialisation" der Vorgänge, deren Zeuge er gewesen ist. Die Gestalt des Fisches genügt, um die Assoziationsbrücke hiezu abzugeben.

Die Sehnsucht der Menschen nach Festtagen ist nicht geringer als die nach Brot. *Panem et circenses!* Freud zeigte uns in seinem „Totem und Tabu", warum die Totem-Clans an gewissen Tagen den Drang fühlen, ihr sonst mit heiliger Scheu angebetetes Totemtier in Stücke zu reißen. Auch die Bacchanalien und Saturnalien haben bei allen Völkern, auch den heute lebenden, ihre Analoga. Selbst die Kirchweihfeste und das Purimfest der Juden enthalten Züge davon. Wir können annehmen, daß bescheidene Reste dieser atavistischen Befreiungstendenz sich auch in die allwöchentliche Feiertagsstimmung einschleichen und bei besonders empfindlichen Gemütern die periodischen „Sonntagsneurosen" verursachen. Den den Festtagen auf den Fuß folgenden „Katzenjammer" oder „blauen Montag" könnte man als Andeutung eines auch hier zutage tretenden zyklischen Ablaufes, d. h. als eine passagère Melancholie auffassen.

Wenn aber am Festtage beim Nachlassen des äußeren Druckes der Lasten und Pflichten, der Mensch den Drang fühlt, sich auch sexuell zu entladen, so folgt er vielleicht nur der Spur der biologischen Vorgänge, die die Menschheit allezeit zu Festveranstaltungen nötigten.

Die Periodizität der genitalen Vorgänge wäre so das Ur- und Vorbild sowohl des normalen Bedürfnisses, die Plagen des Alltags zeitweise mit Freiheitsfeiern abwechseln zu lassen, als auch der periodischen „Festtagsneurosen“, möglicherweise auch des zyklisch alternierenden Krankheitsverlaufes beim manisch-depressiven Irresein.

Ein kleiner Hahnemann

(1913)

Eine Dame, die als einstige Patientin an den psychoanalytischen Bestrebungen Anteil nimmt, machte mich auf den Fall eines kleinen Jungen aufmerksam, von dem sie vermutete, daß er auch uns interessieren werde.

Es handelte sich um einen damals fünfjährigen Knaben, den kleinen Árpád, der nach der übereinstimmenden Aussage aller Angehörigen bis zum Alter von 3½ Jahren sich geistig und körperlich vollkommen regelrecht entwickelt haben und ein ganz normales Kind gewesen sein soll; er sprach fließend und verriet in seinen Reden viel Intelligenz.

Mit einem Male wurde es ganz anders. Im Sommer 1910 reiste die Familie in einen österreichischen Kurort, wo sie auch den vorausgegangenen Sommer verbracht hatte, und mietete sich in dieselbe Wohnung wie im Vorjahre ein. Sofort nach der Ankunft veränderte sich das Wesen des Kindes in merkwürdiger Weise. Früher interessierte er sich für alle Vorgänge in und außer Hause, die die Aufmerksamkeit eines Kindes fesseln können; von nun an hatte er nur für ein einziges Ding Interesse, und das war das Geflügelhaus im Hofe der Sommerwohnung. In aller Früh eilte er zum Federvieh,

betrachtete es mit unermüdlichem Interesse, ahmte dessen Stimmen und Bewegungen nach, schrie und weinte, wenn er aus dem Hühnerhof mit Gewalt entfernt wurde. Doch selbst fern vom Geflügelhaus tat er nichts anderes als krähen und gackern. Er tat das stundenlang unausgesetzt, antwortete auf Fragen nur mit diesen Tierstimmen, so daß die Mutter ernstlich besorgt war, ihr Kind werde das Reden verlernen.

Diese Sonderbarkeit des kleinen Árpád hielt während der ganzen Dauer des Sommeraufenthaltes an. Als dann die Familie wieder nach Budapest zurückkehrte, begann er wieder menschlich zu sprechen, allerdings beschäftigte er sich auch in der Rede fast ausschließlich mit Hähnen, Hennen, Hühnern, höchstens noch mit Gänsen und Enten. Sein gewöhnliches, täglich unzähligemal wiederholtes Spiel war und blieb das folgende: Er knüllt aus Zeitungspapier Hühner und Hähne, bietet sie zum Verkaufe an, dann nimmt er irgend einen Gegenstand (meist einen kleinen flachen Besen), ernennt ihn zum Messer, trägt sein „Geflügel" unter die Wasserleitung (wo die Köchin auch in Wirklichkeit die Hühner zu schlachten pflegt) und schneidet seinem Papierhuhn den Hals durch. Er zeigt, wie das Huhn verblutet, und ahmt mit Stimme und Gebärden meisterhaft den Todeskampf des Geflügels nach. — Werden im Hofe Hühner zum Kaufe angeboten, so wird der kleine Árpád rastlos, läuft bei der Tür hinaus und hinein und ruht nicht, bis die Mutter davon kauft. Er will offenbar Zeuge ihres Schlachtens sein. Vor lebenden Hähnen hat er aber nicht geringe Angst.

Die Eltern haben das Kind unzähligemal gefragt, warum er sich vor dem Hahn so fürchte, und Árpád erzählt immer die gleiche Geschichte; er sei einmal zum Geflügelhaus gegangen, habe dort hineinuriniert, da sei ein Huhn oder Kapaun mit gelben (manchmal sagt er mit braunen) Federn gekommen,

hätte ihn ins Glied gebissen und Ilona, das Stubenmädchen, hätte ihm die Wunde verbunden. Dann habe man dem Hahn den Hals abgeschnitten, so daß er „krepierte".

Nun erinnern die Eltern des Kindes tatsächlich dieses Vorkommnis, das sich während des ersten in jenem Kurort verbrachten Sommers ereignet hatte, wo also Árpád erst $2^1/_2$ Jahre alt war. Die Mutter hörte eines Tages den Kleinen entsetzlich schreien und erfuhr vom Stubenmädchen, daß er vor einem Hahne, der ihm nach dem Glied geschnappt habe, fürchterlich erschrocken sei. Da Ilona nicht mehr bei der Familie bedienstet ist, war nicht zu ermitteln, ob Árpád damals wirklich verletzt wurde oder (wie die Mutter erinnert) von jener Ilona nur zu seiner Beruhigung mit einem Wundverband versehen worden war.

Das Merkwürdige an der Sache ist nun, daß sich die psychische Nachwirkung dieses Erlebnisses beim Kinde nach einer Latenzzeit von einem ganzen Jahre, beim zweitmaligen Beziehen der Sommerwohnung, eingestellt hat, ohne daß in der Zwischenzeit etwas vorgefallen wäre, was den Angehörigen diese plötzliche Wiederkehr der Angst vor dem Geflügel und des Interesses dafür hätte erklären können. Ich ließ mich aber durch die Negativität dieser Aussage nicht davon abhalten, eine durch die psychoanalytische Erfahrung genugsam gerechtfertigte Frage an die Umgebung des Kleinen richten zu lassen, die nämlich, ob nicht im Laufe jener Latenzzeit dem Kinde wegen des wollüstigen Betastens der Genitalien — wie das so oft vorkommt — mit Abschneiden des Gliedes gedroht worden war. Die nur widerwillig gegebene Antwort war nun die, daß der Knabe allerdings jetzt (im Alter von fünf Jahren) gern mit dem Gliede spiele, dafür oft auch Strafen bekomme, es sei auch „nicht unmöglich", daß ihm einmal jemand „scherzweise" mit dem Abschneiden gedroht habe, auch sei es richtig, daß

Árpád schon seit „längerer Zeit“ diese üble Gewohnheit habe; ob er das aber auch schon in jenem Latenzjahr gehabt habe oder nicht, wisse man nicht mehr.

Aus dem Weiteren wird sich nun ergeben, daß Árpád diese Drohung später tatsächlich nicht erspart geblieben ist, so daß man befugt ist, an der Wahrscheinlichkeit der Annahme festzuhalten, daß die inzwischen erfahrene Drohung es war, die das Kind beim Wiedersehen der Stätte des ersten, gleichfalls das Heil seines Gliedes gefährdenden schrecklichen Erlebnisses so ungeheuer erregt hatte. Natürlich ist auch eine zweite Möglichkeit nicht auszuschließen, die nämlich, daß auch schon jener erste Schreck infolge einer noch früher gefallenen Kastrationsdrohung so übertrieben ausfiel und die Erregung beim Wiedersehen des Geflügelhauses der inzwischen erfolgten Libidosteigerung zuzuschreiben ist. Leider ließen sich diese Zeitverhältnisse nicht mehr rekonstruieren und wir müssen uns daher mit der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zufriedengeben.

Die persönliche Untersuchung des Knaben ergab nichts Auffälliges oder Abnormes. Sofort beim Betreten meines Zimmers lenkte aus der großen Anzahl von Bibelots, die herumliegen, gerade ein kleiner bronzener Auerhahn seine Aufmerksamkeit auf sich; er brachte ihn zu mir und frug: „Willst du ihn mir geben?“ Ich gab ihm Papier und Bleistift, womit er sofort (nicht ungeschickt) einen Hahn zeichnete. Dann ließ ich mir von ihm die Geschichte mit dem Hahn erzählen. Aber er war schon gelangweilt und wollte zu seinen Spielsachen zurück. Die direkte psychoanalytische Untersuchung war also nicht möglich und ich mußte mich darauf beschränken, durch die Dame, die sich für den Fall interessierte und die als Nachbarin und Bekannte der Familie den Kleinen stundenlang beobachten konnte, seine merkwürdigen Sprüche und sein Gebaren notieren

zu lassen. Soviel konnte ich aber doch selbst feststellen, daß Árpád geistig sehr rege und auch nicht unbegabt ist; allerdings ist sein geistiges Interesse und seine Begabung eigentümlich um das gefiederte Volk des Hühnerhofes zentriert. Er gackert und kräht meisterhaft. In aller Frühe weckt er die Familie — ein richtiger Chanteclair — mit einem kräftigen Krähen. Er ist musikalisch, singt aber immer nur Volkslieder, in denen Hahn, Huhn oder Verwandtes vorkommt, besonders liebt er das Lied:

„Nach Debreczen muß ich laufen,
Einen Truthahn dort zu kaufen",

dann die Lieder! „Hühnchen, Hühnchen, komm, komm, komm!" und

„Unterm Fenster sind zwei Küchlein,
Zwei kleine Hähne und ein Huhn".

Er kann auch — wie erwähnt — zeichnen, aber er zeichnet ausschließlich Vögel mit großen Schnäbeln, die allerdings mit großem Geschick. Man sieht so die Richtungen, in denen er sein pathologisch starkes Interesse für diese Tiere zu sublimieren sucht. Die Eltern mußten sich schließlich mit seinen Liebhabereien abfinden, da sie sahen, daß Verbote nichts fruchten, und ließen sich herbei, ihm als Spielzeug verschiedene Vögel aus unzerbrechlichem Material zu kaufen, mit denen er allerhand Phantasiespiele aufführt.

Im allgemeinen ist Árpád ein lustiger Bursche, aber wenn er angefahren oder geschlagen wird, sehr trotzig. Er weint fast nie, bittet nie um Verzeihung. Nebst diesen Charaktereigenschaften sind aber bei ihm Spuren echt neurotischer Züge unverkennbar; er ist schreckhaft, träumt viel (von Geflügel natürlich) und schläft oft unruhig. (Pavor nocturnus?)

Die merkwürdigen Sprüche und Taten Árpáds, die von meiner Gewährsmännin notiert wurden, zeugen zumeist von ungewöhnlicher Lust am Phantasieren über grausames Quälen von Federvieh. Sein typisches Spiel, die Nachahmung des Hühnerschlachtens, erwähnte ich bereits; hinzufügen muß ich noch, daß er auch in seinen „Geflügelträumen" meist „krepierte" Hühner und Hähne sieht. Von seinen charakteristischen Sprüchen will ich hier einige wortgetreu übersetzen:

„Ich möchte", sagte er einmal unvermittelt, „einen lebenden gerupften Hahn haben. Er soll keine Flügel, keine Federn, keinen Schwanz haben, nur einen Kamm, und er soll gehen können."

Er spielt in der Küche mit einem soeben von der Köchin geschlachteten Huhn. Auf einmal geht er ins Nachbarzimmer, holt aus der Schublade des Toilettespiegels das Brenneisen und ruft: „Jetzt steche ich die blinden Augen dieses krepierten Huhnes aus." Das Schlachten des Federviehs ist ihm überhaupt ein Fest. Er ist imstande, stundenlang um die Tierleichen hochgradig erregt herumzutanzen.

Jemand fragt ihn, auf das geschlachtete Huhn zeigend: „Möchtest du, daß es wieder erwacht?" „Zum Teufel möcht' ich's, ich schlüg' es sofort selbst nieder."

Oft spielt er mit Kartoffeln oder Rüben (die er für Hühner erklärt), indem er sie mit einem Messer in kleine Stücke schnitzelt. Einen Topf, auf dem Hühner gemalt sind, will er um jeden Preis zu Boden werfen.

Seine Affektregungen dem Geflügel gegenüber sind aber durchaus nicht einfach gehässig und grausam, sondern deutlich ambivalent. Sehr häufig küßt und streichelt er das geschlachtete Vieh oder er „füttert" seine hölzerne Gans mit Mais, wie er das von der Köchin gesehen hat; er gackert und piepst dazu ununterbrochen. Einmal warf er seine unzerstörbare Puppe

(ein Huhn) aus Wut darüber, daß er sie nicht zerreißen konnte, in den Ofen, holte es aber sofort wieder heraus, reinigte und liebkoste es. Den Tierfiguren seines Bilderbuches erging es aber schlimmer, er zerriß sie dann natürlich in Stücke, konnte sie nicht wiederbeleben, was ihn sehr betrübte.

Kämen solche Symptome bei einem erwachsenen Geisteskranken zur Beobachtung, so würde der Psychoanalytiker nicht zögern, das übermäßige Lieben und Hassen des Geflügels im Sinne einer Übertragung unbewußter Affekte zu deuten, die eigentlich Menschen, wahrscheinlich nahen Angehörigen gelten, aber verdrängt sind und sich nur in dieser verschobenen, entstellten Weise manifestieren können.

Er würde ferner das Rupfen- und Blendenwollen der Tiere als Symbole von Kastrationsabsichten deuten und den ganzen Symptomkomplex als Reaktion auf die Angst auffassen, die dem Kranken die Idee der eigenen Kastration einflößt. Die ambivalente Einstellung würde dann im Analytiker den Verdacht erwecken, daß im Seelenleben des Kranken einander widersprechende Gefühle sich die Wage halten; auf Grund zahlreicher Erfahrungstatsachen müßte er vermuten, daß diese Ambivalenz wahrscheinlich dem Vater gilt, der — obzwar sonst geehrt und geliebt — wegen der sexuellen Einschränkungen, die er streng anbefiehlt, gleichzeitig auch gehaßt werden muß. Mit einem Worte, die analytische Deutung würde lauten: der Hahn bedeutet im Symptomkomplex den Vater.[1]

1) In einer sehr großen Zahl von Traum- und Neurosenanalysen entdeckt man hinter einer Tierfigur die Gestalt des Vaters. Siehe Freud, Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben (Ges. Schr., Bd. VIII), und „Märchenstoffe in Träumen" (Ges. Schr., Bd. III.) Einer mündlichen Mitteilung Freuds entnehme ich, daß eine seiner nächsten Arbeiten diese Identität zur Aufklärung des Totemismus verwerten wird. (Seither veröffentlicht: „Totem und Tabu" Ges. Schr., Bd. X.)

Im Falle des kleinen Árpád können wir uns die Mühe der Deutung ersparen. Die Verdrängungsarbeit vermochte bei ihm die wirkliche Bedeutung seiner Sonderbarkeiten noch nicht ganz zu verdecken; das Ursprüngliche, das Verdrängte schimmert noch in seinen Reden durch, ja, es kommt zeitweise mit verblüffender Offenheit und Roheit klar zum Vorschein.

Seine Grausamkeit äußert sich oft auch Menschen gegenüber, und zwar richtet sie sich auffällig oft gegen die Genitalregion Erwachsener.

„Ich haue eins auf Ihren Dreck (sic!), auf Ihren Popo", sagte er gern einem etwas älteren Jungen.

„Ich schneide Ihnen die Mitte aus", sagte er einmal noch viel deutlicher.

Die Idee der Blendung beschäftigt ihn nicht selten. „Kann man einen mit Feuer oder mit Wasser blind machen?" fragt er einmal die Nachbarin.

(Auch beim Geflügel interessieren ihn die Genitalien auffällig. Bei jedem Huhn, das geschlachtet wird, muß man ihm über das Geschlecht — ob Hahn, Henne oder Kapaun — Aufklärung geben.)

Er läuft zum Bette eines erwachsenen Mädchens und ruft: „Ich schneide dir den Kopf ab, lege ihn auf deinen Bauch und esse ihn auf."

Einmal sagt er ganz plötzlich: „Ich möchte eine eingemachte Mutter essen (*per analogiam:* eingemachtes Huhn); man müßte meine Mutter in einen Topf tun und kochen, dann wäre eine eingemachte Mutter und die könnt' ich essen." (Er grunzt und tanzt dazu.) „Ich würde ihr den Kopf abschneiden und so essen." (Er macht dazu Bewegungen, als äße er etwas mit Messer und Gabel.)

Nach solchen kannibalischen Wunschregungen bekommt er aber sofort gegensätzliche, gleichsam reuige Anwandlungen, wo

er masochistisch nach grausamen Strafen lechzt. „Ich will verbrennen", ruft er dann: „Brechen Sie mir einen Fuß ab und legen Sie ihn aufs Feuer."

„Ich schneide mir den Kopf auf. Ich möchte mir den Mund aufschneiden, damit ich keinen habe."

Doch damit ja kein Zweifel daran möglich ist, daß er unter Hahn, Huhn, Küchlein die eigene Familie versteht, sagt er einmal unvermittelt: „Mein Vater ist der Hahn!", ein anderes Mal: „Jetzt bin ich klein, jetzt bin ich ein Küchlein. Wenn ich größer werde, bin ich ein Huhn. Wenn ich noch größer werde, bin ich ein Hahn. Wenn ich am größten werde, bin ich ein Kutscher." (Der Kutscher, der den Wagen lenkt, scheint ihm noch mehr zu imponieren als der Vater.)

Nach diesem selbständigen und unbeeinflußten Geständnis des Jungen haben wir etwas mehr Verständis für die ungeheure Erregung, mit der er seinerzeit das Treiben im Hühnerhof zu beobachten nicht müde wurde. Alle Geheimnisse der eigenen Familie, über die ihm zu Hause jede Auskunft vorenthalten ward, konnte er im Geflügelhaus bequem beobachten; die „hilfreichen Tiere" zeigten ihm unverhüllt alles, was er nur sehen wollte, insbesondere auch das stets rege Sexualtreiben zwischen Hahn und Henne, das Eierlegen und das Herauskriechen der jungen Brut. (Die Wohnungsverhältnisse bei den Eltern Árpáds sind derart, daß der Kleine ganz unzweifelhaft auch zu Hause Ohrenzeuge von ähnlichen Vorgängen gewesen ist. Die so geweckte Neugierde mußte er dann durch das unersättliche Anschauen der Tiere befriedigen.)

Auch die letzte Bestätigung meiner Annahme, daß die krankhafte Angst vor dem Hahn in letzter Linie auf Kastrationsbedrohung wegen Onanie zurückzuführen ist, blieb uns Árpád nicht schuldig.

Eines Morgens fragt er die Nachbarin: „Sagen Sie, warum sterben die Menschen?“ (Antwort: „Weil sie alt und müde werden.“) „Hm! Also meine Großmutter war auch alt? Nein! Die war nicht alt und doch ist sie gestorben. Oh, wenn es einen Gott gibt, warum läßt er mich immer fallen. (Er meint: stolpern, hinstürzen.) Und warum macht er so, daß die Menschen sterben sollen?“ Dann beginnt er sich für Engel und Seelen zu interessieren, worauf ihm die Erklärung gegeben wird, daß das nur Märchen sind. Da wird er ganz starr vor Schreck und sagt: „Nein! Nicht wahr! Es gibt Engel. Ich habe einen gesehen, der die toten Kinder in den Himmel trägt.“ Dann fragt er entsetzt: „Warum sterben die Kinder?“ „Wie lange kann man leben?“ Es gelingt nur schwer, ihn zu beruhigen.

Es stellt sich dann heraus, daß am selben Tage frühmorgens das Stubenmädchen plötzlich seine Bettdecke aufhob und sah, daß er am Gliede manipulierte, worauf sie ihn mit Gliedabschneiden bedrohte. — Die Nachbarin sucht ihn zu beruhigen und sagt ihm, man werde ihm nicht wehtun. So was mache ja auch jedes andere Kind. Daraufhin schreit Árpád entrüstet: „Es ist nicht wahr! Nicht jedes Kind! Mein Papa hat nie so was gemacht.“

Nun verstehen wir besser seine unstillbare Wut dem Hahn gegenüber, der mit seinem Gliede dasselbe tun wollte, womit ihn die „Großen“ bedrohten, und die Hochachtung vor diesem Sexualtier, das all das zu tun wagt, wovor ihm eine so heillose Angst eingejagt wurde; wir verstehen auch die grausamen Strafen, die er sich (wegen der Onanie und der sadistischen Phantasien) zuerkennt.

Gleichsam um das Bild zu vervollständigen, beginnt er sich in letzterer Zeit mit religiösen Gedanken viel zu beschäftigen. Alte bärtige Juden flößen ihm große, mit Angst gemischte Achtung ein. Er bittet die Mutter, sie solle diese Bettler in

die Wohnung hereinrufen. Kommt aber einer wirklich, so versteckt er sich und beobachtet ihn aus respektvoller Ferne; als so einer wegging, ließ er den Kopf hängen und sagte: „Jetzt bin ich ein Bettlerhuhn." Die alten Juden interessieren ihn, wie er sagt, weil sie „von Gott" (aus dem Tempel) kommen.

Zum Schluß sei noch eine Änderung Árpáds wiedergegeben, die zeigt, daß er nicht umsonst so lange dem Treiben des Hühnervolkes zugeschaut hat. Er sagte einmal allen Ernstes zur Nachbarin: „Ich werde Sie heiraten und Ihre Schwester und meine drei Cousinen und die Köchin, nein, statt der Köchin lieber die Mutter."

Er will also wirklich ein „Hahn im Korbe" werden.

Die psychischen Folgen einer „Kastration" im Kindesalter

(1916)

In der Arbeit über den „kleinen Hahnemann", der in frühester Kindheit eine ganz geringfügige Verletzung des Penis erlitt, die dann seine ganze Triebrichtung und geistige Entwicklung entscheidend beeinflußte, mußte ich auf die große Bedeutung des Konstitutionellen bei der Kastrationsangst hinweisen, zu der das Erleben nur als auslösendes Moment hinzutritt.

Der Zufall führte vor etwa drei Jahren einen Patienten zu mir, der als Gegenstück zum „Hahnemann" betrachtet werden kann. Er erlitt nämlich, noch nicht ganz drei Jahre alt, wirklich die „Kastration". Natürlich war es nicht die Kastration im medizinischen Sinne, sondern eine andere Operation am Penis. Der Patient erinnert sich genau, wie es dazu gekommen ist. Es hatte Harnbeschwerden (sicherlich infolge einer Phimose), worauf es dem Vater, einem sehr energischen Herrn vom Lande, trotz seiner gutchristlichen Religion einfiel, statt des Kreisarztes — den jüdischen Schächter des Dorfes zu Rate zu

ziehen, der eine vom medizinischen Standpunkte hier nur zu billigende Heilmethode, die Beschneidung, vorschlug. Der Vater willigte sofort ein, der Schächter holte sein langes, scharfes Messer und vollzog am sich fürchterlich wehrenden und natürlich nur mit Gewalt festzuhaltenden Knaben die Entfernung der Vorhaut.

Es handelt sich um Herrn L., einen kroatischen landwirtschaftlichen Beamten, der sich zur Behandlung seiner Impotenz an mich wendete. Er sei ledig geblieben, habe außer mit Prostituierten niedrigster Sorte, bei denen seine Potenz auch nicht sehr sicher sei, noch nie ernstlich mit Frauen zu tun gehabt. Es fehle ihm an dem hiezu erforderlichen Mut. — Bald stellte es sich heraus, daß dieser Mangel an Selbstvertrauen nicht nur sein Sexualleben, sondern auch seine übrige Existenz vollkommen beherrschte und schuld daran war, daß er trotz seiner nicht ganz gewöhnlichen Intelligenz es weder sozial noch materiell weit brachte.

Da es die Stellung des Patienten nicht erlaubt, einen längeren Urlaub zu nehmen, kommt er nur in längeren Intervallen und stets nur für wenige (eine bis drei) Wochen zu mir, was natürlich nicht nur den therapeutischen Erfolg, sondern auch die psychoanalytische Ausbeute des Falles bedeutend schmälert. Immerhin hat sich bei seiner Analyse im Laufe der Zeit genug des Charakteristischen ergeben, das die Mitteilung des Falles rechtfertigt.

In der ersten Session (so wollen wir den Zyklus der Analyse nennen) war es ungemein schwer, den Patienten zum Reden zu bringen. Der starke, kaum zu überwindende Widerstand rührte davon her, daß Patient reale Sünden zu beichten hatte. Er hatte den Hang, im Kartenspiel sein Glück zu korrigieren, und zwar nicht nur, wenn sich zufällig eine günstige Gelegenheit dazu bot, sondern auch wohlvorbereitet, durch ent-

sprechende Machinationen mit den Spielkarten. Nach solchen Betrügereien, die ihn oft in die größte Gefahr brachten, fühlte er sich aber nicht befriedigt, er vergeudete und vertrank das Geld und machte sich dann die grausamsten Vorwürfe. Den schlechten Ruf, den ihm das Bekanntwerden seines unfairen Spieles eingebracht hätte, dem er aber bis jetzt entging, verschaffte er sich auf andere Weise: er betrinkt sich oft, wird dabei gewalttätig und fraternisiert in der Trunkenheit mit niedrigem Gesindel (Musikanten, Kellnern usw.), dessen Bekanntschaft er sich im nüchternen Zustande fürchterlich schämt. Die rückläufige Revision seines Sündenregisters bis zur frühen Kindheit ergab einige unbedeutende Diebstähle; der hervorragendste davon war das Stehlen der Geldbörse aus der Hosentasche des schlafenden Vaters. Dieser Vater war ein rabiater Mensch, der seinen Knaben mit der Reitpeitsche erzog, sich oft betrank und an Alkoholepilepsie starb. An dieser Stelle der Erzählung kam es zur Mitteilung der schon beschriebenen, in sehr roher Weise ausgeführten Operation.

Nachdem der Patient durch diese Mitteilungen seine Seele einigermaßen entlastet hatte, konnte sich die andere Seite seines Gemütslebens offenbaren, und da kam ein rührseliger, lieben und geliebtwerden wollender Mensch mit dichterischer und wissenschaftlicher Begabung zum Vorschein. Ob er aber eine seiner Sünden zu bekennen oder eines seiner Gedichte vorzutragen hatte, jedesmal sträubte er sich dagegen in einer eigenartigen Weise: seine Stimme wurde gepreßt, er fluchte unbändig, bäumte sich fast wie ein Hysteriker im Opisthotonus, alle seine Muskeln kontrahierten sich ad maximum, das Gesicht rötete sich, die Venen schwollen an, bis der Patient sich nach der kritischen Mitteilung plötzlich beruhigte und den Angstschweiß von seiner Stirne wischen konnte.

Er teilte dann mit, daß er bei solchen Anlässen eine starke

Retraktion seines Penis fühle und den Zwangsimpuls habe, das Genitale des Mannes, zu dem er sprach, zu ergreifen.

Ich konnte ihm vor dem Abschied erklären, daß er zeitlebens unter dem entmutigenden Bewußtsein seiner Verstümmelung lebte, dies sei es auch, was ihn feige mache und den Zwang begründe, sich gewisse Vorteile durch List und Betrug zu verschaffen. Der Diebstahl aus der Hosentasche des Vaters sei übrigens auch die symbolische Vergeltung für den an ihm begangenen Raub. Die Retraktion des Penis erinnere ihn bei jeder Gelegenheit, wo er für etwas einstehen müsse, an seine Entwertung; beim Zwangsimpuls, ein fremdes Glied zu ergreifen, wolle er sich von der Qual dieser Vorstellung befreien, indem ihn seine Phantasie in den Besitz eines vollwertigen Genitales versetze.

Bei einer späteren Session gestand er unter den schon beschriebenen Qualen die eigenartigen, ans Mythische gemahnenden Phantasien, die in ihm, wenn er ganz allein war, aufzutauchen pflegten. Er fühle sich als Adler mit offenen Augen der Sonne entgegenschweben. Ohne die geringste Furcht fliege er an die Sonne heran und beiße ein Stück vom Sonnenrande mit seinem starken Schnabel ab, so daß ihr Glanz wie bei einer Sonnenfinsternis erblasse. — Dem Kundigen verrät der Patient mit dieser sonnensymbolischen Phantasie den unstillbaren Rachedurst gegen den Vater (Sonne), an dem er durch eine Verstümmelung die von ihm verschuldete Flügellahmheit seiner Genitalität vergelten will. Die Adlergleichheit ist ein Wunschgebilde, das das Bewußtsein seiner Erektionsstörungen verdecken soll. Als sehr gelungene Bestätigung dieser Deutung der Sonne als Vater können wir die Klage des Patienten auffassen, daß seiner Potenz eine Sonnenbadekur am meisten geschadet habe. Als assoziatives Mittelglied zwischen Sonne und Vater fand sich das glänzende, drohende A u g e des Vaters, vor

dem er seine eigenen Augen, im Gegensatz zum Wagemut in der Phantasie, als Kind immer senken mußte.[1]

Bald klärte sich auch sein sonderbares Verhalten bei der Mitteilung unangenehmer oder nach seiner Ansicht dem Arzte mißliebiger Einfälle auf. Die gepreßte Stimme, das Fluchen, das Sichbäumen usw. war nichts als das unbewußte Wiedererleben der Kastration und seines Verhaltens bei diesem gewaltsamen Eingriff. Bei minder gefährlichen Mitteilungen verspürte er nur die Retraktion des Penis als Andeutung des Kastriertwerdens. Der frühzeitige psychische Chok hat (ähnlich wie ich es bei manchem erwachsenen Kriegsneurotiker gefunden habe) eine dauernde psychische und nervöse Verbindung zwischen der verletzten Körperstelle und seinem Gefühlsleben hergestellt, so daß seine Gefühle als eine Skala von Retraktions- und Kastrationsempfindungen hätten beschrieben werden können. Alles spätere Fühlen erregte sofort den immer noch schmerzlichen wunden Punkt seiner Seele und des entsprechenden Teiles seines Organismus.

Der Zwang, in der Angst ein fremdes, dem seinen überlegenes Genitale zu ergreifen, ließ mehrere Erklärungen zu. Er entsprang erstens dem schon erwähnten Wunsch, einen größeren Penis zu besitzen; der Patient gebrauchte aber diesen Griff auch als Sicherung gegen die Wiederholung der Kastration; er hielt gleichsam den Penis seines vermeintlichen Gegners immerfort als Pfand in der Hand. (Seine ungewöhnlich lang fortgesetzte Onanie mußte ich ähnlich erklären. Er traute sich

1) Es ist denkbar, daß das väterliche Auge überhaupt als tertium comparationis bei der Sonnensymbolbildung wirkt. Vergleiche dazu das bekannte „Auge Gottes", das von Sonnenstrahlen umgeben ist. Ich kenne einen berufsmäßigen Hypnotiseur, der seine Suggestivkraft den durchdringenden Augen zu verdanken vermeint. Er trotzte als Kind seinem strengen Vater und bemühte sich lange Zeit hindurch, dem stechendsten Sonnenschein entgegenzublicken.

nicht, den Penis aus der Hand zu geben und einem fremden weiblichen, — vielleicht gefährlichen Individuum anzuvertrauen. Bei der allgemeinen Bedeutsamkeit des Kastrationskomplexes kann man annehmen, daß dieses Motiv bei vielen Onanisten eine Rolle spielt.)

Schließlich deckte ich auch passiv-homosexuelle Phantasien hinter diesem zwanghaften Impulse auf: als Kastrierter betrachtete er sich als Weib und wollte wenigstens weiblicher Genitallust teilhaftig werden.

Die Störung der Sexualentwicklung — wahrscheinlich gerade zwischen dem narzißtischen und dem Genitalstadium — muß auch die Erklärung für seinen ungewöhnlichen Narzißmus und seine analerotischen Archaismen, die er bis auf den heutigen Tag pflegt, abgeben. Seine diesbezüglichen Einfälle waren oft von seltener Ursprünglichkeit. Ich will nur erwähnen, daß er am liebsten in einen Bach unweit des Wohnortes seine Defäkation verrichtete und gerne und längere Zeit die weiteren Schicksale dieser einstigen Bestandteile seines Ich, von denen er sich nur ungern trennte, verfolgte. Für den analerotischen Ursprung des Geizes hat er einen besonderen Flair; als er z. B. fand, daß die Schwester ihm zu Ehren ein allzu schäbiges Mittagmahl bereitete, fiel ihm ein, „die Schwester habe die Faschingskrapfen aus ihrem Arsch herausgezogen“.

Der seines wertvollsten Besitzes (vermeintlich) Beraubte hatte Angst vor jederlei Geldausgabe; überall wähnte er sich betrogen, „verkürzt“, daher auch seine Neigung, andere zu übervorteilen. Dem Schneider und dem Raseur gegenüber fühlt er hochgradige Idiosynkrasie.

Ein nicht gut aufgeklärter Teil der Krankheitsgeschichte ist der Beginn seiner Neurose. Er litt als junger Mann mehrere Jahre lang an der Angst, epileptisch zu werden. Die Identifizierung mit dem alkohol-epileptischen Vater ist dabei wohl

sicher anzunehmen, aber die gewiß polyvalente Bedeutung dieses Symptoms ist nicht genügend analysiert worden.

Dieser Fall dürfte in der Freudschen „ätiologischen Reihe“ den äußersten Platz einnehmen; es ist wahrscheinlich, daß ein solches Trauma auch ein gar nicht disponiertes Kind neurotisch machen kann.

Als Leiter der Nervenabteilung eines Militärspitales hatte ich Gelegenheit, bosnische Mohammedaner, die im Kindesalter zirkumzindiert wurden, auszufragen. Ich erfuhr, daß die Operation dort an den meisten Kindern im zweiten Lebensjahre ausgeführt wird und keine nervösen Folgen, insbesondere keine Impotenz nach sich zieht. Bei den Juden wird die rituelle Beschneidung am achten Lebenstage des Kindes ausgeführt; auch hier fehlen Symptome wie bei meinem Patienten. Es ist also möglich, daß dieser Eingriff nur im kritischen narzißtischen Alter von nachhaltiger, krankmachender Wirkung ist.

In diesem und ähnlichen Fällen muß man wohl — wie es auch Freud tut — die hervorragende Wirksamkeit des „männlichen Protestes“ bei der Symptombildung anerkennen. Der sehnlichste, treibendste Wunsch dieses Patienten ist in der Tat, ein Mann zu sein; allerdings nicht der „Überlegenheit“ wegen, sondern damit er, wie sein Vater, eine Frau lieben und Familie gründen könne. Bei der argen Läsion seines Narzißmus ist es übrigens kein Wunder, daß er nicht nur libidinöse, sondern auch egoistische Phantasien produziert, Phantasien einer durch die Beschneidung verletzten Selbstliebe.

Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne

(1908)

Eines der wenigen objektiven Argumente, welches gegen die von Freud inaugurierte Behandlungsmethode der Psychoneurosen vorgebracht wurde, ist der Einwurf, daß die psychoanalytische Kur nur symptomatisch heile. Sie lasse die hysterischen Krankheitserscheinungen schwinden, nicht aber die hysterische Grundlage selbst. Demgegenüber macht uns Freud mit Recht darauf aufmerksam, daß dieselben Kritiker anderen antihysterischen Prozeduren gegenüber, die ja nicht einmal ein Symptom endgültig heilen können, viel nachsichtiger sind. Auch können wir dem erwähnten Argument die Tatsache entgegenhalten, daß die bis in die Tiefe des Seelenlebens durchgeführte Analyse, welche Freud sehr treffend mit den Ausgrabungsarbeiten des Altertumsforschers vergleicht, nicht nur symptomatisch heilt, sondern auch eine so gründliche Charakterveränderung des Patienten zur Folge hat, daß wir nicht mehr das Recht haben, ihn einen Kranken zu nennen.[1] Um so weniger sind wir hiezu berechtigt,

1) Jung und Muthmann kommen in ihren Arbeiten zum gleichen Schluß.

als er ja nach Beendigung der Analyse auch neuen psychischen Konflikten und Erschütterungen gegenüber gut gewappnet ist, beinahe so gut wie die nicht analysierten „Gesunden“, die — wie wir es jetzt bestimmt wissen — ihr Leben lang eine Unzahl verdrängter Vorstellungskomplexe mit sich herumtragen, die allezeit bereit sind, die pathogene Wirkung von Psychotraumen mit ihrem Affektwerte zu steigern und zu übertreiben.

Diese Beweislast entfällt übrigens vollkommen, wenn unsere ärztliche Aufgabe sich in der Heilung eines einzigen Symptoms erschöpft. Unter diesen Aufgaben galt aber die Behandlung der psychischen Impotenz stets als eine der schwierigsten. So viele meiner Patienten kamen mit dieser Klage, und so groß fand ich das seelische Elend infolge dieses Symptoms, daß ich nicht müde wurde in der Anwendung der verschiedensten medikamentösen[1] und suggestiven[2] Behandlungsmethoden. Mit beiden hatte ich hie und da Erfolge; als verläßlich erwies sich keine. Um so glücklicher schätze ich mich, jetzt über viel bedeutendere Erfolge berichten zu können, die ich gerade der Freudschen psychoanalytischen Behandlungsmethode verdanke.[3]

Ich will vorerst ohne theoretische Auseinandersetzungen die von mir beobachteten Fälle erzählen und meine Bemerkungen lieber in die Kasuistik einschalten.

Ein 32jähriger Industrieller sucht meine Ordination auf. Sein furchtsames, beinahe unterwürfiges Wesen läßt schon *par distance* den „Sexualneurastheniker“ erkennen. Mein erster Gedanke ist, daß ihn die Gewissensbisse des Masturbanten quälen.

1) Ferenczi: Arzneimittelschatz des Neurologen. (Gyógyászat 1906.)

2) Ferenczi: Über den Heilwert der Hypnose. (Gyógyászat 1904.)

3) Als literarische Quellen kann ich Freuds sämtliche Werke sowie folgende Arbeiten zweier Wiener Ärzte anführen: Dr. M. Steiner, „Die funktionelle Impotenz des Mannes“, Wiener Med. Presse 1907, Nr. 42. Dr. W. Stekel, „Nervöse Angstzustände“, Wien, 1908.

Doch erweist sich seine Klage als eine viel ernstere. Er habe es — so erzählt er — trotz seines Mannesalters und trotz unzähliger Versuche nie dazu bringen können, die Kohabitation regelrecht auszuführen; Unzulänglichkeit der Erektion und ejaculatio praecox hätten die Immissio stets unmöglich gemacht. Er suchte bei verschiedenen Ärzten Hilfe, der eine (ein berüchtigter Zeitungsinserent) herrschte ihn roh an: „Sie haben masturbiert, daher Ihre Impotenz!" worauf der Patient, der ja von seinem 15. bis zum 18. Jahre sich tatsächlich selbst befriedigte, als Resultat dieser Konsultation die Überzeugung mit nachhause nahm, daß die geschlechtliche Unfähigkeit die wohlverdiente und unabänderliche Folge seiner „Jugendsünden" sei. Immerhin machte er noch weitere Heilversuche und machte unter anderem eine lange Bäder- und Elektrizitätskur — ohne Erfolg — durch. Der Patient hätte sich auch schon ins Unabänderliche gefügt, hätte er nicht in allerletzter Zeit starke Neigung zu einem ihm sehr entsprechenden Mädchen gefaßt; der Wunsch, diese zu heiraten, war das Motiv seines neuerlichen Versuches.

Der Fall ist ein sehr alltäglicher und die anamnestische Ausforschung und die Untersuchung des Patienten brachte auch sonst nichts Besonderes zum Vorschein. Es stellte sich heraus, daß bei ihm nebst der Impotenz ein neurotischer Symptomkomplex nachzuweisen ist: verschiedene Parästhesien, Gehörhyperästhesie, hochgradige Hypochondrie, unruhiger Schlaf mit Angstträumen, im ganzen also eine Angstneurose im Sinne Freuds, die ja im geschlechtlichen Unbefriedigtsein und in den häufigen frustranen Erregungen genügende Erklärung fand. Der Patient, obwohl bei ihm der Kopulationsmechanismus gerade im kritischen Augenblicke vollkommen versagte, phantasierte im Wachen wie im Halbschlaf von nichts anderem als von sexuellen Situationen und verspürte während des Phan-

tasierens die heftigsten Erektionen. Doch gerade dieser Umstand erweckte in mir den Verdacht, daß der Kranke nebst den nervösen Folgen der Abstinenz auch an einer Psychoneurose leiden dürfte und daß die Ursache der Impotenz selbst in der hemmenden, verbietenden Kraft eines unbewußten psychischen Komplexes, welcher gerade im Momente der gewollten geschlechtlichen Vereinigung wirksam wird, gesucht werden müsse. Unter der Bezeichnung „psychische Impotenz" ist uns ja dieser krankhafte Zustand längst bekannt; auch wußten wir, daß dabei die Hemmungswirkung der Angst und Furcht den sonst intakten sexuellen Reflexbogen unwegsam macht. Früher hielten wir aber solche Fälle durch die „Feigheit" des Patienten oder durch die bewußte Erinnerung an einen sexuellen Mißerfolg für voll erklärt und unsere ärztliche Tätigkeit beschränkte sich auf das Beruhigen oder Aufmuntern des Kranken, was in einer gewissen Zahl der Fälle auch gelang. Im Besitze der Kenntnis der Freudschen Psychologie konnte ich mich mit solchen oberflächlichen Erklärungen nicht zufrieden geben und mußte voraussetzen, daß nicht bewußte Furcht, sondern unbewußte, in infantilen Erinnerungsspuren wurzelnde Seelenvorgänge ganz bestimmten Inhalts für das Symptom verantwortlich zu machen sein werden, wahrscheinlich irgend ein kindischer Sexualwunsch, der im Laufe der individuellen Kulturentwicklung nicht nur unausführbar, sondern auch denkunmöglich geworden ist. Auf die diesbezüglich an ihn gerichteten Fragen erhielt ich lauter negative Auskünfte. Es sei mit ihm in geschlechtlicher Beziehung nichts Besonderes vorgefallen; Eltern und Geschwister seien in sexueller Hinsicht stets sehr dezent und reserviert gewesen, auch kümmerte er sich als Kind „um diese Dinge" gar nicht. Von sexuellen Regungen wisse er sich vollkommen frei; der Gedanke an die Betätigung „erogener Zonen" (Anal- und Oralerotismus) erfülle ihn mit Abscheu; das Treiben der Ex-

hibitionisten, Voyeurs, Sadisten und Masochisten sei ihm fast unbekannt. Höchstens die etwas übermäßige Vorliebe für den weiblichen Fuß und seine Beschuhung muß er etwas unwillig zugeben, ohne über die Quelle dieser fetischistischen Liebhaberei Auskunft geben zu können. Selbstverständlich ließ ich den Kranken genau erzählen, wie er zu seinen Kenntnissen auf sexuellem Gebiete gekommen ist, worüber er während der Periode der Selbstbefriedigung phantasierte und wie die ersten — gleich mißlungenen — Kohabitationsversuche vor sich gegangen sind. Doch auch diese eingehende Anamnese förderte keine Tatsachen zum Vorschein, die ich als zureichende Erklärung der psychosexuellen Hemmung hätte akzeptieren können. Seit Freud wissen wir aber, daß eine solche Krankheitserzählung auch bei voller Aufrichtigkeit und schärfstem Gedächtnis des Ausgefragten nicht die wirkliche Entwicklungsgeschichte des Individuums wiedergibt; das Bewußtsein kann nämlich die unangenehm gewordenen Gedanken und Erinnerungen so geschickt „übersehen" und „vergessen", daß sie nur durch mühsame analytische Arbeit aus der Verdrängung hervorgeholt oder bewußt gemacht werden können. Ich zauderte also nicht, die psychoanalytische Methode in Anwendung zu bringen.

Bei der Analyse stellte es sich bald heraus, daß der Verdacht Psychoneurose berechtigt war. Die schon erwähnten Parästhesien ließen bei näherer Beachtung ihre neurotische Natur erkennen („Schmerzen" und „Krachen" in den Sehnen, „Wogen" in den Bauchmuskeln und in den Beinen usw.), außerdem kamen aber auch mehrere ihm immer wieder einfallende, unzweifelhaft obsedierende Gedanken und Gefühle zum Vorschein. Er traue sich nicht, den Leuten in die Augen zu sehen; er sei feige, er habe das Gefühl, als hätte er ein Verbrechen begangen; er fürchte immer, lächerlich zu werden.

Solche Zwangsvorstellungen und Empfindungen von Zwangscharakter sind für die sexuelle Impotenz typisch. Die Feigheit des sexuell Impotenten findet ihre Erklärung darin, daß das beschämende Bewußtsein einer solchen Unvollkommenheit auf die ganze Individualität ausstrahlt. Freud spricht sehr treffend von der „Vorbildlichkeit der Sexualität" für das sonstige psychische Verhalten. Der Grad der Sicherheit in der sexuellen Leistungsfähigkeit wird für die Sicherheit im Auftreten, in den Anschauungen und Handlungen maßgebend. Doch das unmotivierte Schuldbewußtsein, das bei unserem Patienten eine nicht unbeträchtliche Rolle zu spielen schien, ließ tiefer unterdrückte, in gewissem Sinne wirklich „sündhafte", unbewußte Gedankengänge vermuten; allmählich lieferte dann die Analyse das psychische Material, aus dem ich auf die Natur dieser „Sünde" folgern konnte.

Es fiel mir vor allem auf, daß sich der Patient in seinen sexuell gefärbten Träumen sehr häufig mit korpulenten Frauen beschäftigte, deren Gesicht er nicht sah und mit denen er die geschlechtliche Vereinigung selbst im Traume nicht vollführen konnte, sondern statt der zu erwartenden Pollution wurde er von heftiger Angst befallen und schreckte mit Gedanken, wie: „Das ist unmöglich!", — „Diese Situation ist undenkbar", — auf. Nach solchen Angstträumen erwachte er erschöpft, in Schweiß gebadet, mit Herzklopfen und hatte gewöhnlich „einen schlechten Tag".

Daß er im Traume niemals das Gesicht des Sexualobjektes sieht, mußte ich als Traumentstellung (Freud) deuten; sie hat hier den Zweck, die Person, auf die sich der libidinöse Traumwunsch richtet, für das Bewußtsein unkenntlich zu machen. Das Aufschrecken bedeutet hingegen, daß das Bewußtsein doch zu ahnen begann, daß mit der Frauensperson, auf die der Traum anspielt, „diese Situation undenkbar" ist. Der

Angstanfall ist die affektive Reaktion des Bewußtseins gegen eine Wunscherfüllung des Unbewußten.[1]

Das unbewußte Verbot der vollen sexuellen Befriedigung war beim Patienten so streng, daß er selbst beim Wachträumen, wenn er sich sexuellen Phantasien hingab, in dem Momente, wo er sich die Kohabitation selbst vorstellen wollte, erschrocken zusammenfuhr und seine Gedanken irgendwie ablenken mußte.[2]

Einigemale kam in seinen Träumen eine gewisse aktive Grausamkeit zum Vorschein, z. B.: er beißt jemandem den Finger ab oder er beißt einem ins Gesicht. Es war nicht schwer, die Quelle dieser kannibalischen Velleitäten in der infantilen Feindseligkeit gegen einen um 20 Jahre älteren Bruder zu erkennen, der seinerzeit allzu strenge und gar nicht liebevoll mit seinen kleinen Brüdern umging. Dieser Hang zur

1) Der ungarische Dichter Ignotus scheint die Existenz der Traumentstellung und Traumzensurierung zu ahnen, wie dies aus folgendem Versfragmente erhellt:

„. . . und wie der Mensch, ist auch sein Träumen feige,
Des Schicksals Flegel drischt ihn bald so mürbe,
Daß er sein Heil nicht mal zu träumen wagt."

Es ist mir schon früher aufgefallen (siehe den Artikel: „Liebe und Wissenschaft", Gyógyászat 1901), daß die brauchbaren literarischen Quellen der Individualpsychologie nicht in der wissenschaftlichen, sondern in der belletristischen Bibliothek zu suchen sind.

2) Freud machte zuerst auf das häufige Vorkommen von ängstlichen Prüfungsträumen bei Sexualimpotenten aufmerksam. Diese Beobachtung kann ich vollauf bestätigen. Die Traumphantasie der Maturitätsprüfung, der Rigorosen kehrt bei solchen Leuten als „typischer Traum" sehr oft wieder und ist stets mit dem unangenehmen Gefühle des Nichtvorbereitetseins, Sichblamierens usw. verbunden. Dieses Gefühl ist ein traumverschobener Affekt; er gehört zum Bewußtsein der sexuellen Unfähigkeit. Ein im vulgären Ungarisch gebräuchliches Synonym für die Kohabitation — („schießen") — dürfte der Grund dessen sein, daß in den Träumen der in meiner Behandlung stehenden Impotenten so häufig Situationen wiederkehren, bei denen der (meist ungeschickte) Gebrauch von Schießwaffen die Hauptrolle spielt. (Z. B. Einrosten des Gewehrs, Fehlgehen des Schusses, Nichtlosgehenwollen der Flinte usw.)

Grausamkeit lauert übrigens auch im Wachen hinter der manifesten Feigheit des Patienten. So oft er sich dabei ertappen mußte, daß er diesem oder jenem (meist einem Vorgesetzten) gegenüber sich wieder als ein Feigling benahm, vertiefte er sich in minutenlange Phantasien, in denen er sich haarklein ausmalte, wie er bei nächster Gelegenheit in ähnlicher Lage vorgehen, was für körperliche Züchtigungen und Schimpfworte er austeilen wird.[1] Es ist dies eine Äußerung des bei Psychoneurotikern so häufigen „Treppenwitzes" oder, wie es Freud nennt, der „Nachträglichkeit". Diese hochfahrenden Pläne blieben aber meist für immer müßige Phantasiegebilde; die Angst oder Furcht lähmte die Hand und die Sprache des Patienten in kritischen Augenblicken immer wieder. Eine Determinierung dieser Art von Feigheit findet die Analyse im infantilen Respekt vor Eltern und älteren Geschwistern, der seinerzeit die Auflehnung des Kindes gegen deren körperliche Züchtigungen und Verweise in Schranken hielt.

Bei der engen physiologischen Verknüpfung und dem gedanklichen Assoziiertsein der Sexualfunktion und der Harnentleerung fand ich es erklärlich, daß beim Patienten die Hemmung, wie es sich bald herausstellte, auch bei der Miktion in Erscheinung tritt. Er ist unfähig, im Beisein einer zweiten Person den Harn zu entleeren. Solange er am öffentlichen Anstandsort ganz allein ist, uriniert er regelmäßig in starkem Bogen; in dem Momente, wo noch jemand eintritt, wird die Miktion „wie abgeschnitten", er wird unfähig, auch nur einen Tropfen herauszupressen.

Aus diesem Symptom wie auch aus seiner Verschämtheit auch Männern gegenüber folgerte ich, daß beim Patienten wie

1) In Ibsens „Kronprätendenten" personifiziert die Gestalt des Bischofs Nicholas in ausgezeichneter Weise die Feigheit und versteckte Grausamkeit als Folgen der sexuellen Impotenz.

bei den meisten Neurotikern (Freud) eine das gewöhnliche Maß übersteigende homosexuelle Komponente nachzuweisen wäre. Die infantile Quelle derselben glaubte ich in seinem Verhältnis zu einem jüngeren Bruder suchen zu können, mit dem er jahrelang in einem Bette schlief und überhaupt im Schutz- und Trutzbündnis gegen den sie mißhandelnden älteren Bruder lebte. Mit dem Ausdrucke „das gewöhnliche Maß der Homosexualität" besage ich implizite, daß meine nunmehr zahlreichen Psychoanalysen die Lehre von der Psychobisexualität unterstützen, wonach von der ursprünglich bisexuellen Anlage des Menschen nicht nur anatomische, sondern auch psychosexuelle Rudimente erhalten bleiben, die unter Umständen auch das Übergewicht erlangen können.

Auf Grund anderer ähnlicher Analysen witterte ich hinter der im Traume wiederkehrenden korpulenten Frau eine nahe Verwandte des Patienten: die Mutter oder eine Schwester; diese Zumutung wies er aber entrüstet zurück und sagte mir triumphierend, er habe nur eine korpulente Schwester und gerade diese könne er nicht leiden; ihr gegenüber sei er stets mürrisch und unfreundlich gewesen. Wer aber, wie ich, die Erfahrung machte, wie oft sich eine für das Bewußtsein lästige Sympathie hinter übertriebene Strenge und Verdrießlichkeit versteckt, dessen Verdacht wird von einer solchen Auskunft nicht eingeschläfert.[1]

An einem der folgenden Tage hatte der Patient eine eigentümliche hypnagoge Halluzination, die er mit geringer Modifikation schon einigemal verspürt haben soll; im Begriffe einzuschlafen, hatte er das Gefühl, als höben sich die Füße (die er beschuht glaubte, obzwar sie nackt waren) in die Höhe, während der Kopf tief nach unten sank; er erwachte sofort mit starkem Angstgefühl. Mit Rücksicht auf den schon er-

1) „Ich hasse, weil ich nicht lieben kann." (Ibsen.)

wähnten Fuß- und Schuhfetischismus unterzog ich die diesbezüglichen Assoziationen und Einfälle des Patienten einer neuerlichen genauen Analyse, deren Resultat das Auftauchen folgender, vom Patienten längst vergessenen und für ihn höchst unangenehmen Erinnerungsbilder war: Die korpulente Schwester, die er „nicht ausstehen kann" und die um zehn Jahre älter als der Patient ist, pflegte ihre Schuhe von dem damals drei- bis vierjährigen Bruder auf- und zuknöpfen zu lassen; auch kam es nicht selten vor, daß ihn die Schwester auf ihrem nackten, nur mit kurzem Strumpf bekleideten Unterschenkel reiten ließ, wobei er einen wollüstigen Reiz am Gliede verspürte. (Da dies offenbar eine Deckerinnerung im Sinne Freuds ist, muß zwischen ihnen noch mehr vorgefallen sein.) Als er dies später wiederholen wollte, wies ihn das nunmehr 14 bis 15jährige Mädchen ab mit dem Vorwurfe, das sei unsittlich, unanständig.

Nun konnte ich dem Patienten meine nunmehr gesicherte Überzeugung mitteilen, daß der psychologische Grund seiner Impotenz in dem mit der kulturellen Sexualmoral (v. Ehrenfels, Freud) unvereinbaren, daher verdrängten, aber im Unbewußten fortlebenden Wunsche nach Wiederholung jener sexuellen Handlungen zu suchen ist. Der Patient, von den Argumenten nur halb besiegt, beharrte auf dem Standpunkte der Verneinung; doch lange währte sein Widerstand nicht mehr. Schon tags darauf kam er mit der Mitteilung, er hätte viel über das, was ich ihm sagte, nachgedacht und erinnere sich, daß er in seiner Jugendzeit (seinem 15. bis 18. Jahr) manchmal dieses infantile Erlebnis mit der Schwester zum Gegenstande der Masturbationsphantasie gewählt habe, ja — gerade die Gewissensangst nach einer solchen Selbstbefriedigung habe ihn bewogen, mit der Masturbation überhaupt zu brechen. Seitdem sei ihm — bis jetzt — die Kindergeschichte nie eingefallen.

Ich veranlaßte den Patienten von Anfang an, die Kohabitationsversuche während der Kur fortzusetzen. Nach der hier mitgeteilten Traumanalyse kommt er nun eines Tages mit der überraschenden Mitteilung, daß er tags vorher (zum erstenmal in seinem Leben) den Koitus auszuführen vermochte; die Erektion, die Dauer der Friktionen und der Orgasmus habe ihn dabei vollständig befriedigt; mit der für Neurotiker charakteristischen Gier wiederholte er den Akt noch am selben Abend zweimal, immer mit einer anderen Frauensperson.

Ich setzte die Kur fort und begann die übrigen Symptome seiner Neurose analytisch abzubauen; doch dem Patienten, nachdem er seinen Hauptzweck erreicht und sich von der Dauerhaftigkeit des Erfolges überzeugt hatte, mangelte es an dem notwendigen Interesse für die Analyse, und so entließ ich ihn nach zweimonatiger Behandlung.

Dieser Heilerfolg bedarf der Erklärung. Aus Freuds wegweisendem Werke über die Entwicklungsgeschichte der Sexualität im Individuum[1] lernten wir, daß das Kind seine ersten sexuellen Eindrücke von der unmittelbaren Umgebung empfängt und daß diese Eindrücke bei jedem richtunggebend bleiben für die spätere Auswahl des Sexualobjektes. Es kommt aber vor, daß — infolge konstitutioneller Ursachen oder äußerer begünstigender Momente (z. B. Verzärtelung) — die inzestuöse Objektwahl fixiert wird. Die durch Beispiel und Erziehung allmählich erstarkende „kulturelle Moral" wehrt sich energisch gegen das Andrängen der unsittlichen Wünsche und es kommt zur Verdrängung derselben. Diese Abwehr gelingt — wie auch in unserem Falle — anfangs vollständig („Periode der gelungenen Abwehr", Freud), doch können die unterdrückten Wünsche unter dem Einflusse des organisch-sexuellen Entwicklungsschubes in der Pubertät wieder rege werden, was einen neuerlichen

1) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905. (Ges. Schr., Bd. V.)

Verdrängungsschub notwendig macht. Diese zweite Verdrängung bedeutet für unseren Patienten den Beginn der Psychoneurose, die sich unter anderem in der psychosexuellen Hemmung bei der Kohabitation und in der Aversion gegen die Schwester äußerte. Der Kranke war unfähig, den Geschlechtsakt auszuführen, da er bei jeder Frau unbewußt an die Schwester erinnert wurde; und er konnte seine Schwester nicht ausstehen, weil er — ohne es zu wissen — nicht nur den Blutsverwandten, sondern stets auch das Weib in ihr sah. Die Antipathie war ein gutes Schutzmittel gegen das Bewußtwerden der gegensätzlichen Gefühlsströmung.

Doch das Unbewußte (im Sinne Freuds) vermag nur so lange das geistige und körperliche Wesen des Menschen zu beherrschen, bis die Analyse den Inhalt der in ihm verborgenen Gedankengänge entlarvt. Hat einmal das Licht des Bewußtseins in diese Seelenvorgänge hineingeleuchtet, dann ist es zu Ende mit dem tyrannischen Zwange des unbewußten Komplexes. Die verdrängten Gedanken hören auf, Sammel- und Stapelstellen nicht abreagierbarer Affekte zu sein; sie werden in die Gedankenverkettung der normalen Assoziation eingeschaltet. Der Analyse, d. h. einer Art „Umgehung der Zensur" (Freud), war es also in unserem Falle zu verdanken, daß die affektive Energie des Komplexes nicht mehr in ein körperliches Zwangs-(Hemmungs-)Symptom konvertiert, sondern von der Denktätigkeit zersetzt und abgeführt wurde und die inadäquate Bedeutung für immer verlor.

Daß die inzestuöse Fixierung der Libido nicht nur ausnahmsweise, sondern verhältnismäßig häufig als Ursache der psychosexuellen Impotenz erkannt wird, beweisen die ganz analogen Psychoanalysen von Steiner und Stekel. Auch ich bin in der Lage, noch einen zweiten ähnlichen Fall anzuführen. Ein von mir behandelter und derzeit schon der Heilung nahe-

stehender 28jähriger Psychoneurotiker, der von ängstlichen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen geplagt war, litt nebstbei an psychosexueller Hemmung, ganz wie der Patient, dessen Geschichte ich vorhin mitteilte. Doch hörte dieses Symptom im sechsten Monate der Analyse von selbst auf, nachdem es gelang, die an die Person der Mutter fixierten infantilen Inzestgedanken bewußt zu machen. Wenn ich erwähne, daß dieser sonst eher „übermoralische" Kranke auch feindselige Phantasien gegen seinen Vater unter seinen unbewußten Gedankengängen hegte, so wird man in ihm eine typische Personifizierung des Ödipusmythus erkennen, deren allgemeinmenschliche Bedeutung entdeckt zu haben gleichfalls ein Verdienst Freuds ist.

Die die psychische Impotenz bedingenden, in der Kindheit verdrängten libidinösen Gedanken müssen sich nicht auf nächste Verwandte beziehen; es genügt hierzu, daß das infantile Sexualobjekt eine in irgendwelcher Hinsicht achtunggebietende, sogenannte „Respektsperson" gewesen sei. Als Beispiel hiefür kann ich einen 45jährigen Kranken aufführen, bei dem sowohl die quälende „Herzangst" (Angina pectoris nervosa) wie auch die Sexualschwäche bedeutend nachließ, seitdem er sich von den verdrängten unehrerbietigen Phantasien, deren Gegenstand die verstorbene Pflegemutter ist, Rechenschaft geben kann. In diesem Falle hat der inzestuösen Fixierung (wenn diese Bezeichnung unter Nichtblutsverwandten gestattet ist) der Umstand Vorschub geleistet, daß auch die Pflegemutter die notwendigen Schranken in den Äußerungen der Kinderliebe nicht eingehalten hat; sie ließ den Knaben bis zum zehnten Jahre in ihrem Bette schlafen und duldete lange ohne Widerspruch seine bereits deutlich erotisch gefärbten Liebesbezeugungen. Solchen Gefahren und Versuchungen sind die Kinder oft seitens ihrer Lehrer und Erzieher ausgesetzt; nicht selten fallen sie

den maskierten Sexualhandlungen erwachsener Verwandten zum Opfer, und zwar nicht — wie man voraussetzen könnte — nur in Massenquartieren, sondern auch in solchen Gesellschaftsschichten, wo man den Kindern die größtmögliche Sorgfalt zuteil werden läßt.[1]

Die tragische Rolle, die die Pflegemutter im Leben dieses Patienten gespielt hat, wird durch die Tatsache erwiesen, daß, als er vor einigen Jahren heiraten wollte, die mehr als siebzigjährige Ziehmutter in ihrer Verzweiflung einen Selbstmord beging; sie stürzte sich aus dem Fenster des zweiten Stockes gerade im Augenblicke, als der Adoptivsohn beim Haustor heraustrat. Der Patient glaubte, das Motiv dieser Tat sei die Unzufriedenheit mit seiner Wahl gewesen. Doch sein Unbewußtes muß den Selbstmord richtiger gedeutet haben, denn in dieser Zeit traten die Herzschmerzen auf, die als konvertiertes (ins körperliche projiziertes) „Herzweh“ aufzufassen sind. Die sexuelle Schwäche besteht bei diesem Patienten seit der Pubertät und er wird vielleicht nur auf der Neige des Mannesalters die volle sexuelle Leistungsfähigkeit erlangen.

Steiner unterscheidet nebst den Fällen funktioneller Impotenz, die von unbewußten Komplexen infantiler Herkunft determiniert sind, noch zwei Arten psychosexueller Hemmung: bei der einen sei die angeborene sexuelle Minderwertigkeit, bei der anderen seien gewisse nach der Pubertät einwirkende Schädlichkeiten als veranlassende Momente anzusprechen.

Der Wert dieser Einteilung ist meines Erachtens mehr ein praktischer denn ein theoretischer. Von den „angeborenen“ Fällen müssen wir vor allem die Fälle von Pseudoheredität ausschließen, wo neuropathische Eltern gerade infolge ihres

1) Siehe Freud, „Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen“ (Ges. Schr., Bd. I, S. 366). Siehe auch meinen Artikel „Sexualpädagogik“, Budapesti Orvosi Ujság, 1908.

Leidens die Kinder unrichtig behandeln, falsch erziehen und eventuell solchen Einwirkungen aussetzen, die eine spätere Sexualhemmung zur Folge haben, ohne welche Einflüsse vielleicht auch aus dem „Hereditarier" kein Sexualimpotenter geworden wäre.

Freud vergleicht die Pathogenese der Neurosen mit der der Tuberkulose. Auch bei dieser spielt die Disposition eine bedeutende Rolle, aber das eigentlich Pathogene ist doch nur der Bacillus Kochii, und wenn es gelänge, diesen fernzuhalten: an der „Disposition" allein stürbe kein einziger Mensch. Sexuelle Einwirkungen der Kindheit spielen bei den Neurosen dieselbe Rolle, die bei Infektionskrankheiten den Bakterien zukommt. Und wenn man auch zugeben muß, daß dort, wo die Disposition sehr groß ist, schon die ubiquitären, unvermeidlichen Eindrücke zur Determinierung einer zukünftigen funktionellen Impotenz hinreichen können, so muß man doch prinzipiell daran festhalten, daß diese Eindrücke und nicht die wesenlose „Disposition" die spezifische Ursache (Freud) des Leidens sind. Daraus folgt aber auch, daß die Psychoanalyse auch bei „angeborener sexueller Minderwertigkeit" nicht ganz aussichtslos ist.

Auch die nach der Pubertät erworbene psychosexuelle Impotenz ist meiner Ansicht nach von der durch unbewußte Komplexe konstellierten nur scheinbar verschieden. Wenn jemand, nachdem er eine Zeitlang den Kopulierungsakt regelrecht vollenden konnte, seine Leistungsfähigkeit unter dem Eindrucke besonderer Umstände (z. B. Furcht vor Infektion, Schwängerung oder Überraschung, zu starke sexuelle Erregung usw.) für längere Zeit verliert, so kann man getrost annehmen, daß auch in ihm verdrängte infantile Komplexe vorhanden sind und daß gerade dem von solchen Komplexen auf die aktuelle Reaktion übertragenen Affekt (Freud) die übertrieben lange

oder intensive, das heißt pathologische Wirkung der gegenwärtigen Schädlichkeit zuzuschreiben ist. Vom praktischen Standpunkte hat Steiner recht, wenn er diese Gruppe besonders hervorhebt; sind doch die hieher zu rechnenden Fälle oft durch einfache Beruhigung, durch suggestive Maßnahmen oder durch eine ganz oberflächliche Analyse (die der alten Breuer-Freudschen „Katharsis" oder „Abreagierung" gleichzustellen ist) heilbar. Doch hat diese Art Heilung nicht den prophylaktischen Wert der tiefgehenden Psychoanalyse, wenn ihr auch der Vorteil nicht abzusprechen ist, daß sie dem Arzte und dem Patienten viel geringere Bürden auferlegt.

Eine solche oberflächliche Analyse gab einem meiner Patienten, einem jungen Manne, der nach Akquirierung der ersten Gonorrhoe vor Hypochondrie impotent wurde, sowie einem zweiten, den der Anblick des Menstrualblutes bei seiner Frau dieser gegenüber unfähig machte, ihre potestas coëundi wieder. Einfache Aufmunterung und suggestive Beruhigung hatte den gleichen Effekt bei einem 36jährigen Manne, der, obzwar er vordem in sexueller Hinsicht ziemlich aktiv gewesen ist, unfähig wurde, als er sich verheiratete und es sich um eine eheliche „Pflicht" handelte. In diesem Falle setzte ich aber die Analyse auch nach Wiederherstellung der Sexualfunktion fort und das Resultat derselben war das Aufdecken folgender Tatsachen: Der Patient, Sohn eines Binders, hat im Alter von drei oder vier Jahren, von einem sicherlich perversen Gehilfen seines Vaters ermutigt, die Geschlechtsteile eines Mädchens im gleichen Alter manustupriert; nachher ließ der Gehilfe das Mädchen das Präputium des Knaben mit einem kleinen Holznagel, wie solche zum Verstopfen wurmstichiger Fässer benutzt werden, bearbeiten. Dabei passierte es, daß das Nägelchen sich in die Vorhaut hineinbohrte und vom Arzt operativ entfernt werden mußte. All dies ging nicht ohne

starken Schreck, Angst und Beschämung vor sich. Noch mehr deprimierte ihn aber, daß seine Kameraden von diesem Vorfall irgendwie Kenntnis erhielten und ihn jahrelang mit dem Spottnamen „Nagelstich" sekkierten. Er wurde verschlossen und mürrisch. Zur Zeit der Pubertät befiel ihn oft die Angst, daß die (an sich geringfügige) Narbe am Präputium seine Fähigkeit zum Akte verringern werde, aber die ersten Versuche gelangen nach einigem Schwanken ziemlich gut. Doch die Furcht, den gesteigerten sexuellen Ansprüchen des Ehelebens nicht entsprechen zu können, bedeutete eine übermäßige Belastung seiner durch einen infantilen Komplex bereits geschwächten Sexualität, und es kam nach der Verheiratung zur Impotenz.

Der Fall ist in mancher Hinsicht lehrreich. Er beweist, daß, wenn nach Zerstreuung der aktuellen ängstlichen Vorstellungen die Potenz zurückkehrt, dies noch nicht beweist, daß diese Angst die ausschließliche Ursache der Hemmung gewesen ist; viel wahrscheinlicher ist, daß, wie in diesem, auch in allen ähnlichen Fällen die vorbewußte Angst nur einen „übertragenen Wirkungskreis" hat, während die ursprüngliche Krankheitsquelle im Unbewußten versteckt ist. Die erfolgreiche Suggestionskur hätte dann dem Symptom — wie Freud sagt — nur „die Spitze abgebrochen", das heißt, die Gesamtbelastung des neuropsychischen Apparates soweit vermindert, daß der Patient allein damit fertig wird.

Der Fall ist zugleich ein Beispiel dafür, daß außer der infantilen inzestuösen Fixierung auch andere Erlebnisse der ersten Kindheit, die mit dem Affekt starker Beschämung einhergingen, später eine psychosexuelle Hemmung determinieren können.

Eine Art der Beschämung verdient ihrer praktischen Bedeutung halber besonders erwähnt zu werden, die nämlich, die dem Kinde nach Ertapptwerden beim Masturbieren zuteil wird. Die Fixierung der Beschämung wird dabei oft auch noch durch körperliche Züchtigung und Ängstigung mit schweren Krank-

heiten gesteigert. Freud machte uns aufmerksam, wie typisch die Art der Abgewöhnung von der Onanie die spätere Charakter- und Neurosenbildung beeinflußt. Man kann dreist behaupten, daß das taktlose Vorgehen der Eltern, Lehrer und Ärzte in dieser für das Kind so wichtigen Angelegenheit mehr Unheil stiftet als alle anderen so oft beschuldigten kulturellen Schädlichkeiten. Das Isoliertsein der Kinder in ihren sexuellen Nöten, die hierdurch zu erklärenden übertriebenen und falschen Vorstellungen über alles, was physiologisch oder gedanklich mit der Sexualität zusammenhängt, die übermäßige Strenge bei der Ahndung kindischer Sexualgewohnheiten, das systematische Erziehen des Kindes zu blindem Gehorsam und unmotiviertem Respekt vor den Eltern: all das sind Ingredienzien einer heute leider vorherrschenden Erziehungsmethode, die man auch künstliche Züchtung von Neuropathen und Sexualimpotenten nennen könnte.

Zusammenfassend erlaube ich mir meine Ansicht über die psychosexuelle Impotenz des Mannes im folgenden mitzuteilen:

1) Die psychosexuelle Impotenz des Mannes ist immer Teilerscheinung einer Psychoneurose und entspricht der Freudschen Auffassung von der Genese psychoneurotischer Symptome. Sie ist also immer die symbolische Manifestation von verdrängten Erinnerungsspuren infantiler sexueller Erlebnisse, von unbewußten, nach deren Wiederholung strebenden Wünschen und dem hierdurch provozierten seelischen Konflikte. Diese Erinnerungsspuren und Wunschregungen sind bei sexueller Impotenz stets solcher Art oder beziehen sich auf solche Persönlichkeiten, daß sie mit dem bewußten Denken des erwachsenen Kulturmenschen unverträglich sind. Die sexuelle Hemmung ist also ein Verbot des Unbewußten, das sich eigentlich gegen eine bestimmte Art der sexuellen Betätigung richtet, zur besseren Sicherung der Verdrängung aber auf die sexuelle Befriedigung überhaupt ausgedehnt wird.

2) Die sexuellen Erlebnisse der ersten Kindheit, die die spätere Hemmung determinieren, können ernsthafte Psychotraumen sein. Ist aber die Disposition zu Neurosen groß, so können unvermeidliche und scheinbar harmlose Kindheitseindrücke zur selben Folgeerscheinung führen.

3) Unter den Krankheitsursachen der späteren psychosexuellen Impotenz kommt der inzestuösen Fixierung (Freud) und der sexuellen Beschämung im Kindesalter eine besonders große Bedeutung zu.

4) Die Hemmungswirkung des verdrängten Komplexes kann sich gleich bei den ersten Kohabitationsversuchen äußern und sich fixieren. In leichteren Fällen verschafft sich die Hemmung nur später, bei einer mit besonders starker sexueller Erregung oder einer mit Besorgnis verknüpften Kohabitation Geltung. Die zu genügender Tiefe fortgeführte Analyse dürfte aber in allen ähnlichen Fällen neben, richtiger hinter der aktuellen depressiv wirkenden Schädlichkeit auch verdrängte infantile Sexualerinnerungen und mit diesen verknüpfte unbewußte Phantasien nachweisen können.

5) Das volle Verständnis eines Falles von psychosexueller Impotenz ist nur mit Hilfe der Freudschen Psychoanalyse denkbar. Mittels dieser Methode ist manchmal auch in schweren, scheinbar inveterierten Fällen die Heilung des Symptoms und die Prophylaxe seiner Wiederkehr erreichbar. In leichten Fällen kann auch die Suggestion oder eine oberflächliche Analyse zum Ziele führen.

6) Die Psychoneurose, deren Teilerscheinung die sexuelle Hemmung ist, ist meistens auch durch Symptome einer Aktualneurose im Sinne Freuds (Neurasthenie, Angstneurose) kompliziert.

Die Nacktheit als Schreckmittel

(1919)

Das zufällige Zusammentreffen zweier Beobachtungen, eines Traumes und einer Kindheitserinnerung (jede bei einem anderen Patienten), bringt mich zur Annahme, daß die Nacktheit in der Kinderstube und im Unbewußten als Abschreckungsmittel Verwendung finden kann.

I

Einer Patientin, deren *grande hysterie* nach dem unerwarteten Verluste ihres abgöttisch geliebten älteren Knaben wieder auflebte und die sich in ihrem Lebensüberdruß unausgesetzt mit Selbstmordplänen beschäftigte, träumte eines Tages u. a., daß *sie vor ihrem jüngeren Knaben steht und zaudert, ob sie sich vor dem kleinen Jungen nackt ausziehen und sich waschen soll. „Tue ich das,“ — dachte sie sich, — „so bleibt im Kinde unauslöschlich eine Erinnerung haften, die ihm schaden, ja, ihn zugrunde richten kann.“ Nach einigem Zögern tut sie es aber doch: sie zieht sich vor dem Kinde aus und wäscht ihren nackten Körper mit einem Schwamm.*

Der mit Anführungszeichen hervorgehobene Gedanke stammt aus dem Wachleben und bezieht sich auf die Selbstmordabsicht;

sie weiß, zum Teil auf Grund psychologischer Lektüre, daß ihr Selbstmord auf das Seelenleben des als mutterlose Waise zurückbleibenden Kindes eine verheerende Wirkung ausüben könnte. Andererseits hat sie — besonders seit dem Tode des Ältesten — oft ganz bewußt feindselige Anwandlungen gegen das am Leben befindliche Kind; sie hatte sogar eine Phantasie, in der das traurige Los des Älteren auf den Jüngeren übertragen wurde.

Dieses aktuell bestehende Schwanken zwischen Selbstmordabsicht und Pflichtgefühl, zwischen Liebe und Haß gegen das vom Schicksal begünstigte Kind wird aber im Traume merkwürdigerweise zum Schwanken zwischen der Exhibition und ihrem Gegensatze. Das dazugehörige Material holte die Patientin aus dem eigenen Erleben. Ihren älteren Knaben liebte sie so sehr, daß sie es niemals gestattete, daß er von jemand anderem als von ihr gebadet und gewaschen werde. Natürlich wurde diese Liebe vom Knaben auch erwidert, ja, seine Anhänglichkeit nahm zeitweise ausgesprochen erotische Formen an, so daß die Mutter einmal hierüber einen Arzt zu Rate zu ziehen sich bemüßigt sah. Sie wußte auch damals schon manches von der Psychoanalyse, getraute sich aber nicht, den Fall vor einen Psychoanalytiker zu bringen. Sie hatte Angst vor den Fragestellungen, die sich so hätten ergeben können. (Wir können hinzufügen, daß sie sich unbewußt vielleicht eher vor dem Verzicht fürchtete, den der Analytiker ihrer Zärtlichkeit gegen den Sohn auferlegt hätte.)

Wie kommt aber die Patientin dazu, die Situation derart umzukehren: sich vor dem zweiten Kinde mit dem Schwamme zu waschen, anstatt daß sie den Erstgeborenen wäscht, wie es in Wirklichkeit geschah? Wir können uns den Vorgang dieser Umkehrung folgendermaßen vorstellen: Sie war im Begriffe, ihre Liebe auf das lebende Kind zu übertragen, und wollte

nun dieses, wie bisher den älteren, waschen. (Das Waschen des Jüngeren war nicht so ausschließlich das Vorrecht der Mutter.) Das hängt mit der Idee zusammen: Weiterleben! Doch sie bringt es noch nicht zustande. Den Jüngeren so zärtlich zu behandeln wie früher den geliebten Toten, kommt ihr wie eine Entweihung vor. Die einmal gefaßte Absicht wird aber im Traume doch durchgeführt, nur nimmt sie an Stelle des Jüngeren — sich selber zum Objekte der Bewunderung und Zärtlichkeit und gönnt dem Kleineren nur die Rolle des Zuschauers — noch dazu in ausgesprochen böswilliger Absicht. Es unterliegt keinem Zweifel, daß hier die Mutter ihre eigene Person mit der des geliebten Verstorbenen identifiziert. Sagte sie doch unzählige Male zu Lebzeiten des Kleinen: „Der ist ganz wie ich“, oder: „Ich und er sind eins.“

Diese überstarke Mutterliebe gab ihr aber Gelegenheit, ihren recht ausgesprochen infantilen Narzißmus — auf das Kind übertragen — wieder zu besetzen. Zu diesem übertragenen Narzißmus rettete sie sich, weil ihr bei der sexuellen Objektwahl die erwartete Befriedigung versagt blieb. Nun wurde ihm auch das Kind geraubt und der Narzißmus mußte sich in der ursprünglicheren Art manifestieren. Daß er sich gerade in Form der Exhibition äußerte, findet — wie ich vermute — in analogen infantilen Erlebnissen Erklärung.

Unaufgeklärt blieb hier die Rolle der Exhibition als Straf- und Schreckmittel.

II

Ein anderer Patient brachte mir noch am selben Tage etwas sehr Ähnliches. Er erzählte folgende Kindheitserinnerung, die auf ihn sehr starken Eindruck gemacht hatte: Die Mutter erzählte ihm als kleinem Kinde, ihr Bruder sei ein „Muttersöhnchen“ gewesen; fortwährend sei er seiner Mutter nach-

gelaufen, wollte ohne sie nicht schlafen gehen usw. Das habe sie ihm nur dadurch abgewöhnt, daß sie sich einmal vor dem Kinde nackt ausgezogen habe, um es von ihrer Person abzuschrecken. Die Maßnahme — so lautete die Moral der Erzählung — hatte den gewünschten Erfolg. Das Schreckmittel scheint sogar in der zweiten Generation, nämlich auf meinen Patienten, gewirkt zu haben. Noch heute kann er nur in Ausdrücken tiefster Entrüstung über die Behandlung sprechen, die seinem Onkel zuteil geworden, und ich vermute, daß seine Mutter ihm diese Geschichte gleichfalls in erzieherischer Absicht erzählt hatte.

Nach diesen beiden Beobachtungen muß man sich denn doch die Frage stellen, ob die Nacktheit wirklich ein geeignetes Mittel zum Abschrecken überhaupt oder zum Erschrecken eines Kindes sein kann. Und diese Frage kann bejahend beantwortet werden.

Wir wissen von Freud, daß verdrängte Libido sich in Angst umwandelt. Was wir von Angstzuständen der Kinder bisher erfahren haben, ist in dieser Hinsicht sehr eindeutig: immer handelt es sich um übergroße Libidosteigerungen, gegen die sich das Ich zur Wehr setzt; die vom Ich verdrängte Libido verwandelt sich in Angst und die Angst sucht sich dann sekundär geeignete Objekte (meist Tiere), an die sie sich heften kann. Die Empfindlichkeit des Ich gegen Libidosteigerungen erklärt sich aus den von Freud festgestellten zeitlichen Verhältnissen zwischen der Ichentwicklung und der Entwicklung der Libido. Das noch ungeschickte Ich des Kindes erschrickt vor unerwarteten Libidoquantitäten und vor libidinösen Möglichkeiten, mit denen es noch nichts oder nichts mehr anzufangen weiß.

Es ist möglich, daß das Volksbewußtsein eine Ahnung von diesen Verhältnissen hat, so daß es sich hier nicht um den

absonderlichen Einfall einzelner handelt.[1] Nachforschungen dürften ein häufigeres Vorkommen von Erziehungs- und Abschreckungsmaßnahmen feststellen, bei denen es sich darum handelt, das Ich durch inadäquate Libidoarten, bzw. Libidoquantitäten einzuschüchtern.

1) Auch im Volksglauben spielt die Nacktheit (respektive Entblößung, besonders einzelner Körperteile: der Genitalien und des Hinteren) als Abschreckungs- und Zaubermittel eine große Rolle.

Psychogene Anomalien der Stimmlage

(1915)

I

1910 suchte mich ein 24jähriger junger Mann in Begleitung seiner Mutter auf; er wollte von seiner Impotenz geheilt werden. Schon bei der ersten Untersuchung erkannte ich seinen Zustand als eine Kombination von Neurose und Paranoia. Im Laufe der eine Zeitlang versuchsweise fortgesetzten Analyse kamen dann seine eigentümlichen Größenideen immer mehr zum Vorschein. Er hatte das Gefühl und die sichere Überzeugung, daß er mit übernatürlichen (magischen) Kräften behaftet sei, die andere Leute (besonders Männer) zwingen, sich nach ihm umzuschauen, sobald er sie anblicke. Das erstemal erkannte er dies, als er im Theater durch das Opernglas den auf der Bühne agierenden Schauspieler fest anschaute, worauf dieser sofort in die Richtung blicken mußte, in der Patient im Zuschauerraume saß. Später mußte er die Wirkung dieser seiner Wunderkraft an mehreren anderen Männer erfahren, was ihn außerordentlich ängstigte und ihn schließlich zwang, jeden sozialen Verkehr aufzugeben und sich mit seiner seit langem verwitweten Mutter in einer abseits liegenden Wohnung niederzulassen; er gab seinen Beruf

(obzwar er darin schon weit vorgeschritten gewesen) vollständig auf. Das Neurotische an seinem Zustand waren die Angstanfälle, die ihn bei der Beobachtung seiner eigenen magischen Kräfte befielen, besonders wenn die Zauberkraft sich auch auf leblose Dinge erstreckte; „denn" — so sagte er — „wenn auch die unorganische Welt meinem Willen gehorcht, kann die Welt durch mich zugrunde gehen".[1] Um das zu verhüten, mußte er — wenn er Leuten gegenüberstand, die er schonen wollte — die Augen schließen. — Schon nach wenigen Analysenstunden konnte ich als den wahren Kern seines Größenwahnes die ungeheuere Selbstgefälligkeit (heute würden wir sie Narzißmus heißen) und die damit zusammenhängende Homosexualität erkennen. Der unbewußte Wunsch, der ganzen Welt zu gefallen, besonders den Männern, kehrte aus der Verdrängung einerseits als hysterische Phobie, andererseits als Allmachtswahn wieder. Als die Sprache aufs gleichgeschlechtliche Lieben kam, erzählte er mir unaufgefordert seine homosexuellen Verliebtheiten im Gymnasium, wo er sich in der Mädchenrolle, die ihm von den Professoren und Schulkollegen zugeteilt wurde, äußerst wohl gefiel. Man gab ihm einen Mädchennamen, belustigte sich über sein Erröten bei unzüchtigen Reden und über seine mädchenhaft dünne Sopranstimme. „Diese Dinge sind alle längst vorbei! Ich kümmere mich um die Männer gar nicht mehr, möchte nur mit Frauen geschlechtlich verkehren, kann es aber nicht zustande bringen." Bei chronologischer Ordnung des Tatbestandes stellten wir dann fest, daß das Auftreten der Wahnidee mit dem Aufhören der Verliebtheit in Männer zeitlich zusammenfiel. Der Anlaß zu dieser Veränderung aber war der Wechsel des Wohnortes und damit auch der Schulkameraden. Aus der Geburtsstadt, in der

1) Vgl. dazu das „Weltuntergangsmotiv" in der Selbstbiographie des Senatspräsidenten Schreber.

ihn jedermann kannte und wo er sich in dem neckischen Kreise seiner Kameraden trotz des scheinbaren Ärgers so wohl fühlte, kam er in eine größere, ihm ganz fremde Stadt, wo er sich vergebens nach Ersatz für die verlorene „Beachtung" umschaute. Er gab sich aber über den Inhalt seiner Wünsche keine Rechenschaft, glaubte sich vielmehr von der (früher ganz offenbaren) Homosexualität vollkommen frei, — dafür traten alsbald die eingangs beschriebenen Symptome der Angst vor dem Betrachtetwerden und die Idee der magischen Allmächtigkeit auf. — Wir sehen, der Fall bietet vom Standpunkte der psychoanalytischen Paranoialehre nichts Bemerkenswertes, da er nur unsere bisherige Ansicht von der Pathogenese der Paranoia, insbesondere über deren genetischen Zusammenhang mit Narzißmus und Homosexualität bestätigt. Der Grund dessen, daß ich ihn dennoch mitteile, ist ein eigentümliches Symptom, das der Patient produziert. Er hat zwei Stimmen: eine hohe Sopranstimme und eine ziemlich normale Baritonstimme. Der Kehlkopf zeigt weder äußerlich noch innerlich etwas Abnormes, es handelt sich nur um eine „Innervationsstörung", wie man in Kreisen, in denen man solche schönklingende Namen für Erklärungen nimmt, sagen würde. Erst die psychologische Analyse des Falles zeigte, daß es sich hier weder um „subkortikale" noch „kortikale" Störung der Innervation noch auch um eine Entwicklungsanomalie des Kehlkopfes, sondern um eine psychogene Stimmstörung handelte. Es fiel mir bald auf, daß sich der Patient seiner Baritonstimme nur dann bediente, wenn er sich ernsthaft und objektiv in einen Gegenstand vertiefte; sobald er aber — in der Übertragung — mit mir unbewußt kokettieren oder mir gefallen wollte, so daß es ihm mehr um die Wirkung als um den Inhalt seiner Rede zu tun war, sprach er mit der weiblichen Stimme. Da es ihm nur selten gelang, sich von der Gefallsucht zu emanzipieren, war seine

„gewöhnliche" Stimme die weibliche. Diese Stimme war aber keine normale Sopran-, sondern eine Fistelstimme, auf die er trotzdem nicht wenig eingebildet war. Er trug einmal ein kleines Liedchen in der Fistellage vor und ließ auch beim Lachen gerne diese Stimmlage ertönen. Willkürlich konnte er wann immer die Stimmlage wechseln, fühlte sich in der Fistellage offenbar besser. — Zum Unterschiede vom plötzlichen „Umschlagen" der Stimme, die in der männlichen Pubertät so häufig vorkommt und die tatsächlich eine Innervationsstörung, eine Ungeschicklichkeit in der Beherrschung des rasch wachsenden Kehlkopfes ist, konnte unser Patient stundenlang in einer der beiden Stimmlagen sprechen, ohne jemals mitten in einem Satze oder Worte umzukippen.

II

Den anderen Patienten, einen 17jährigen Jüngling, brachte gleichfalls die Mutter zu mir (1914), und zwar gerade mit der Klage, daß er eine unerträgliche Stimme habe, die die Kehlkopfspezialisten für Nervosität erklärt hätten. Als weitere Störung wurde die übertriebene Furcht vor Mäusen berichtet. Unter vier Augen gestand er mir auch die Unsicherheit seiner Potenz; er könne nur nach vorausgegangener Fellatio den Koitus ausüben. Auch dieser Patient hatte die zwei Stimmen, d. h. er sprach fortwährend in der etwas heiseren Fistelstimme und erst auf meine Frage, ob er denn nicht auch anders sprechen könne, legte er mit einem so tiefen Baß los, daß er mich damit förmlich erschreckte. Diese seine Stimme klang voll und sonor und war auch mit dem ziemlich stark entwickelten Schildknorpel und dem vorspringenden *Pomum Adami* im Einklang. Offenbar war das seine natürliche Stimme. Die psychologische Erforschung des Falles, zu der ich nur zwei Stunden zur Verfügung hatte, ergab

dann folgendes: Der Vater spielt (wie beim ersten Patienten) keine Rolle; er lebt zwar, ist aber intellektuell ganz inferior, während die Mutter das eigentliche Haupt der Familie ist. In einer Studie über die Homoerotik machte ich darauf aufmerksam, wie sehr diese Familienkonstellation homoerotische Fixierungen begünstigt. So war es auch in diesem Fall. Obzwar schon 17 Jahre alt, konnte sich der Patient, der übrigens auch ganz normalen Sexualregungen zugänglich war, von dem erotischen Reiz des eigenen Geschlechtes immer noch nicht loslösen. (Als Knabe onanierte er längere Zeit mutuell mit einem gleichaltrigen Verwandten, doch auch jetzt phantasiert er sich manchmal in die passive Sexualrolle mit einem „feschen Husarenleutnant".) — Dabei ist er aber dem weiblichen Geschlecht gegenüber durchaus nicht unempfindlich, nur sind seine diesbezüglichen Wunschvorstellungen von hypochondrischen Vorstellungen begleitet, von denen — auffallenderweise — seine homoerotischen Gelüste freier sind. Vermutungsweise konnte ich diesen Widerspruch durch die Annahme unbewußt-inzestuöser Fixierung zur Mutter lösen. Ein Gespräch mit letzterer bewies mir, daß sie die eigentliche Urheberin der Sexualhypochondrie des Knaben gewesen sein muß. Sie war es, die den Knaben häufig zurechtwies, *als er anfing, seine Baßstimme zu gebrauchen. „Diese Stimme kann ich nicht ausstehen; das mußt du dir abgewöhnen"*, sagte sie ihm oft.

Es handelt sich hier meiner Ansicht nach um einen der so häufigen Fälle, die ich als *„Dialoge der Unbewußten"* zu bezeichnen pflege, wo nämlich die Unbewußten zweier Personen einander vollkommen verstehen und sich gegenseitig zu verstehen geben, ohne daß das Bewußtsein beider auch nur eine Ahnung davon hätte. Die Mutter muß die Baßstimme unbewußt ganz richtig als Zeichen der erwachenden Männ-

lichkeit erfaßt und auch die gegen sie gerichtete inzestuöse Tendenz gedeutet haben. Ihre „Antipathie" gegen diese Stimme hat wiederum der Knabe unbewußt als Verbot der Inzestgelüste aufgefaßt, zu deren besserer Abwehr er hypochondrisch rationalisierte Vorstellungen gegen die Heterosexualität überhaupt mobilisierte, die dann die Potenzstörungen zur Folge hatten. Der Patient ist also eigentlich schon ein voller Mann, nur der Mutter zuliebe konserviert er noch seine Mädchenhaftigkeit und die dieser entsprechende Stimmlage. — In die Urgeschichte des Falles bringt nur die Feststellung lange andauernden nächtlichen Bettnässens (das direkt von den nächtlichen Pollutionen abgelöst wurde) einiges Licht; man kann diese Vorkommnisse als Reste der vergessenen Infantilonanie auffassen. — Die Mäusephobie ist wohl das hysterische Zeichen abgewehrter phallischer Phantasien.

*

Die große Ähnlichkeit der Einzelheiten beider Fälle scheint dafür zu sprechen, daß es sich da um etwas Typisches handelt, was gewiß bei zahlreichen Knaben zu beobachten sein wird, wenn man den Anomalien der Stimmlage und der Verzögerung des Stimmwechsels gehörige Aufmerksamkeit schenkt. Es scheinen dies Fälle jener homoerotischen Neurose zu sein, die ich als „Zwangshomoerotik" der eigentlichen „Inversion" gegenübergestellt habe.[1] Dieser Knabentypus scheint auch das größte Kontingent der „Damenimitatoren" abzugeben, die das Publikum unserer Varietétheater mit dem jähen Wechsel ihrer Sopran- und Baßstimme belustigen.

1) Zur Nosologie der männlichen Homoerotik. (Bd. I dieser Sammlung.)

Mischgebilde von erotischen und Charakterzügen

(1916)

In einer ganzen Reihe von Fällen kann man die Wahrnehmung machen, daß gewisse Charakterzüge gerne auf die erotische Vorstufe — deren Sublimierungsprodukte sie eigentlich sind — regredieren, wobei Mischgebilde von erotischen und Charakterzügen zustande kommen.

1) Ein Knabe gestand vor dem Jugendgericht in Pozsony, aus einer Sammelbüchse Papiergeld auf die Art entwendet zu haben, daß er lange Stäbe mit den eigenen Exkrementen beschmierte und mit ihrer Hilfe die daran anklebenden Banknoten aus der Büchse herauszog.[1] — Es ist sicherlich kein Zufall, daß der Knabe, als er über Mittel nachsann, seine auf Geld gerichtete Habsucht zu befriedigen, auf diese Idee verfiel. Der Analcharakterzug des Geldsammelns brauchte dazu nur die ihm selbst zugrunde liegende Analerotik (Koprophilie) wiederzubeleben. Es ist dies eine Art Wiederkehr des Verdrängten im Verdrängenden.

2) An „Hausfrauenpsychose" Leidende betätigen ihre unzähm-

1) Mitgeteilt von Herrn Dr. jur. Nikolaus Sisa.

bare Reinigungswut mit besonderer Vorliebe an Aborten. (Kombination von Reinlichkeit [Analcharakter] und Koprophilie [Analerotik]).

3) In mehreren Fällen konnte ich einen ausgesprochenen Geiz konstatieren, der sich aber gegen ganz spezielle Ausgaben richtete: gegen Geldausgabe für Wäschereinigung oder für Klosettpapier. Sehr viele sonst wohllebige Menschen sparen auffällig mit dem Wechsel der Wäsche und können sich zum Kaufe reinen Klosettpapiers für ihren Haushalt nur schwer entschließen. (Geiz — Analcharakter + Schmutz — Analerotik.)

4) In einer früheren Arbeit teilte ich schon den Fall mit, in dem ein Kind, das schön glänzende „goldene" Kreuzer haben wollte, die Kupfermünzen verschluckte und sie aus dem Kot wirklich glänzend geputzt hervorsuchte. Die chemischen Säfte des Darmkanals lösten den Rost von den Münzen. (Kombination zweier Charakterzüge: Geldliebe und Reinlichkeit, mit der ursprünglichen Analerotik.)

5) Die Pedanterie vieler Analcharaktere ist in nichts so streng, als in bezug auf die Pünktlichkeit der Stuhlentleerungen.

6) Trotz ist bekanntlich ein typischer Analcharakterzug. Ein sehr populäres Ausdrucksmittel des Trotzes ist aber das Entblößen des Hintern und die Aufforderung zu koprophiler Betätigung. In diesem Ausdrucksmittel lebt die ursprüngliche Analerotik auf.

7) Die Analyse vieler Neurotiker und die Beobachtung des Treibens der Kinder zeigt uns, daß das „Zündeln", die Freude an Bränden, ja auch die Neigung zur Brandstiftung, ein urethralerotischer Charakterzug ist. Viele Brandstifter waren eben über die Norm hinaus Bettnässer, und die Ambition, die sich aus dieser Minderwertigkeit entwickelte, wählt (aus noch unbekannten Gründen) gerne die herostratische Art des Ruhmes. In einer kriminalistischen Sammlung von Brandstiftungsfällen

fanden sich nun eine ganze Anzahl, in denen Brandstifter gerade ihre Betten anzündeten und damit gleichsam auf die immer noch ergiebige enuretische Urquelle ihres pyromanischen Charakterzuges hinwiesen.

8) Ein Herr, der sich der infantilen Insuffizienz seiner Blase noch wohl erinnert, wurde später leidenschaftlicher freiwilliger Feuerwehrmann, was uns nach dem oben Gesagten nicht wundernimmt. Ist aber auch schon das Feuerlöschen ein Mischgebilde von herostrastischem Charakter und Urethralerotik, so zeigte sich das Fortleben der Urethralneigungen noch deutlicher in der Berufswahl dieser Person. Er wurde Arzt und wählte die Urologie zum Spezialfach, in dem er sich fortwährend mit der Blasenausscheidung — anderer beschäftigen kann.

Bedürfte es überhaupt noch eines Beweises, so könnte diese Beobachtungsreihe als Argument gegen die Falschheit der Jungschen Auffassung dienen, wonach die sich in der Analyse ergebenden erotischen Regungen nicht mehr „real", sondern nur „symbolisch" zu nehmen seien. Die fortwährende Einmengung erotischer Tendenzen in die scheinbar schon „abgeklärten" Charakterzüge zeigt uns wie nichts anderes, wie lebendig wahr jene unbewußten erotischen Regungen immer noch sind und wie sie jede Gelegenheit wahrnehmen, um sich in irgend einer — wie wir sehen, oft sehr durchsichtigen — Verkleidung zu realisieren.

Symmetrischer Berührungszwang

(1916)

Eine ganze Anzahl nervöser, aber auch mancher sonst normale Mensch hat einen abergläubischen Zwang; wenn sie einen Körperteil zufällig oder absichtlich berührt haben, sind sie gezwungen, auch den symmetrischen Körperteil in eben derselben Weise zu berühren. Z. B. wenn sie mit der rechten Hand ans rechte Ohr gegriffen haben, müssen sie sofort das linke Ohr mit der linken Hand in vollkommen identischer Weise anfassen. Unterlassen sie dies, so fühlen sie sich unruhig, wie es bei Verhinderung einer Zwangserscheinung der Fall zu sein pflegt.

In einem Falle hatte ich nun Gelegenheit, ein Mädchen, das nebst anderen neurotischen Symptomen auch an dieser Eigenheit litt (die sie aber subjektiv nicht als Leiden empfand), zu analysieren. Die direkte Befragung nach der Ursache dieses Symptoms brachte — wie gewöhnlich — keine Aufklärung. Der erste assoziative Einfall führte zu Kinderszenen. Die recht strenge Kinderfrau, vor der sie große Angst hatte, soll beim Waschen sehr darauf bedacht gewesen sein, daß die Kinder sich immer beide Ohren, beide Hände usw. ordentlich reinigen und sich nicht etwa mit dem Reinigen der einen Körperhälfte

begnügen. Man wäre bei dieser Auskunft geneigt gewesen, den „symmetrischen Berührungszwang“ einfach als eine Art „posthypnotischen Befehlsautomatismus“ aufzufassen, der sich so viele Jahre nach der erhaltenen Mahnung immer noch durchzusetzen vermag.

Wie immer, mußte man diese einfache Erklärung im weiteren Laufe der Analyse einer komplizierteren opfern. Dieselbe Kinderfrau nämlich, die auf das tüchtige Waschen und Reiben des Körpers sonst so großen Wert legte, nahm eine einzige Körperstelle, das Genitale, aus, dessen Waschen und jedwedes Berühren das Kind auf das Mindestmaß zu beschränken unterwiesen wurde. Und doch ist gerade dies jener Körperteil, dessen Reiben und Waschen keine unangenehme Pflicht war, sondern Vergnügen bereitete.

Ich kam zur Annahme, daß der Zwang zur Übertreibung beim Waschen oder Berühren symmetrischer Körperteile eigentlich Trotz bedeutet, der hier in die Form des Pflichteifers und Gehorsams gekleidet ist. Der Zwang zur Berührung symmetrischer Körperteile ist die Überkompensation des Zweifels, ob es nicht besser wäre, eine bestimmte Körperstelle in der Medianebene zu berühren.

Die fast gleichaltrige Schwester der Patientin, die von der Neurose sonst verschont blieb, teilt nichtsdestoweniger mit ihrer Schwester dieses Symptom des „symmetrischen Berührungszwanges“.

Die Symbolik der Brücke

(*1921*)

Bei der Feststellung der symbolischen Beziehung eines Objektes oder einer Tätigkeit zu einer unbewußten Phantasie ist man zunächst auf Mutmaßungen angewiesen, die sich durch spätere Erfahrung vielfache Modifikationen, oft gänzliche Umgestaltung gefallen lassen müssen. Bestätigungen, die einem oft von den verschiedensten Gebieten der Erkenntnis zuströmen, haben hier den Wert von bedeutsamen Indizien, so daß alle Zweige der Individual- und der Massenpsychologie an der Feststellung einer speziellen symbolischen Relation beteiligt sein können; Traumdeutung und Neurosenanalyse bleiben aber nach wie vor die verläßlichsten Grundlagen jeder Symbolik, weil wir an ihnen auch die Motivierung, überhaupt die ganze Genese solcher psychischen Gebilde „in anima vili“ beobachten können. Das Gefühl der Sicherheit einer symbolischen Beziehung kann man meiner Ansicht nach überhaupt nur in der Psychoanalyse gewinnen. Symbolische Deutungen auf anderen Wissensgebieten (Mythologie, Märchenkunde, Folklore usw.) haben immer den Charakter des Oberflächlichen, des Flächenhaften; es verbleibt einem dabei immer das unsichere Gefühl, daß die Deutung ebensowohl auch anders hätte lauten können, wie denn auch

diese Wissenszweige dazu neigen, denselben Inhalten immer wieder neue Bedeutungen unterzulegen. Das Fehlen der Tiefendimension mag es auch sein, was die wesenlose Allegorie von dem Symbol, das von Fleisch und Blut ist, unterscheidet.

Brücken spielen in Träumen oft eine auffallende Rolle. Bei der Deutung der Träume von Neurotikern wird man häufig vor die Frage der typischen Bedeutung der Brücke gestellt, besonders wenn dem Patienten zur Traumbrücke nichts Historisches einfallen will. Der Zufall des Krankenmaterials mag es mit sich gebracht haben, daß ich in einer ganzen Anzahl von Fällen folgende sexualsymbolische Deutung an Stelle der Brücke einsetzen konnte: Die Brücke ist das männliche Glied, und zwar das mächtige Glied des Vaters, das zwei Landschaften (das riesenhaft, weil vom infantilen Wesen gedachte Elternpaar) miteinander verbindet. Diese Brücke ist über ein großes und gefährliches Wasser gelegt, aus dem alles Leben stammt, in das man sich zeitlebens zurücksehnt und als Erwachsener, wenn auch nur durch einen Körperteil vertreten, periodisch auch wirklich zurückkehrt. Daß man sich auch im Traume nicht direkt, sondern auf einer stützenden Planke diesem Gewässer nähert, ist bei dem besonderen Charakter der Träumenden verständlich; sie litten ausnahmslos an sexueller Impotenz und schützten sich durch die Schwäche ihrer genitalen Exekutivorgane vor der gefährlichen Nähe des Weibes. Diese symbolische Deutung der Brückenträume bewährte sich nun, wie gesagt, in mehreren Fällen; auch fand ich in einem volkstümlichen Märchen und der obszönen Zeichnung eines französischen Künstlers die Bestätigung meiner Annahme; in beiden handelte es sich um das riesenhafte männliche Glied, das, über einen breiten Fluß gelegt, im Märchen sogar stark genug war, ein schweres Pferdegespann zu tragen.

Die letzte Bestätigung, zugleich die eigentliche, bisher ver-

mißte Vertiefung meines Verständnisses für dieses Symbol brachte mir aber ein Patient, der an Brückenangst und Ejaculatio retardata litt. Nebst mancherlei Erfahrungen, die die Kastrations- und Todesangst dieses Kranken zu wecken und zu steigern geeignet waren (er war ein Schneiderssohn), ergab die Analyse folgendes erschütternde Erlebnis aus seinem neunten Lebensjahr: die Mutter (eine Hebamme!), die ihn abgöttisch liebte, wollte die Nähe ihres Kindes auch in der schmerzvollen Nacht nicht vermissen, in der sie einem Mädchen das Leben gab, so daß der kleine Knabe von seinem Bette aus den ganzen Prozeß der Geburt, wenn auch nicht mitansehen, so doch mitanhören mußte und aus den Äußerungen der Pflegepersonen auch Einzelheiten über das Kommen und das zeitweilige Wiederverschwinden des kindlichen Körpers entnehmen konnte. Der Angst, die sich dem Zeugen einer Geburtsszene unweigerlich mitteilt, kann sich der Knabe nicht entzogen haben; er fühlte sich in die Lage des Kindes ein, das eben die erste und größte Angst, das Vorbild jeder späteren, durchmachte, stundenlang zwischen Mutterleib und Außenwelt hin und her schwankte. Dieses Hin und Her, diese Verbindungsstelle zwischen Leben und Nochnicht- (oder Nichtmehr-) Leben gab nun der Angsthysterie des Kranken die spezielle Form der Brückenangst. Das gegenüberliegende Ufer der Donau bedeutete für ihn das Jenseits, das, wie gewöhnlich, nach dem Bilde des Lebens vor der Geburt gestaltet war.[1] Nie in seinem Leben ist er noch zu Fuß über die Brücke gegangen, nur in Fahrzeugen, die sehr rasch fahren und in Begleitung einer starken, ihm imponierenden Persönlichkeit. Als ich ihn — nach genügender Erstarkung der Übertragung — zum erstenmal dazubrachte, mit mir nach langer Zeit wieder einmal die Fahrt zu machen, klammerte er sich

1) Vergleiche dazu Ranks völkerpsychologisch gestützte Ausführungen in der „Lohengrinsage“, 1911.

krampfhaft an mich an, alle seine Muskeln waren straff gespannt, der Atem angehalten. Auf der Rückfahrt ging es ebenso, doch nur bis zur Mitte der Brücke; als das diesseitige Ufer, das für ihn das Leben bedeutete, sichtbar wurde, löste sich der Krampf, er wurde lustig, laut und redselig, die Angst war verschwunden.

Wir können nun auch die Ängstlichkeit des Patienten bei der Annäherung ans weibliche Genitale und die Unfähigkeit zur vollkommenen Hingabe an das Weib verstehen, das für ihn, wenn auch unbewußt, immer noch ein gefahrdrohendes tiefes Wasser bedeutet, in dem er ertrinken muß, wenn ihn nicht ein Stärkerer „über Wasser hält".

Ich denke, die zwei Deutungen: Brücke = Bindeglied zwischen den Eltern, und: Brücke = Verbindung zwischen Leben und Nichtleben (Tod), ergänzen sich auf die wirksamste Art; ist doch das väterliche Glied tatsächlich die Brücke, die den Nochnichtgeborenen zum Leben befördert hat. Doch erst diese letztere Überdeutung gab dem Gleichnis jenen tieferen Sinn, ohne den es kein wirkliches Symbol gibt.

Es liegt nahe, die Verwendung des Brückensymbols im Falle der neurotischen Brückenangst zur Darstellung des rein seelischen „Zusammenhanges", der „Verbindung", „Verknüpfung" („Wortbrücke" Freuds), mit einem Wort: einer psychischen oder logischen Relation, d. h. als „autosymbolisches", „funktionales" Phänomen im Sinne Silberers zu deuten. Doch gleichwie im gegebenen Beispiel diesen Phänomenen gutmateriale Vorstellungen über die Vorgänge eines Geburtsaktes zugrunde liegen, so glaube ich, daß es überhaupt kein funktionales Phänomen ohne eine materiale, d. h. sich auf Objektvorstellungen beziehende Parallele gibt. Allerdings mag bei narzißtischer Betonung der „Ich-Erinnerungs-Systeme"[1] die Assoziation

1) Siehe dazu meine Abhandlung über den Tic (in Bd. I. dieser Sammlung).

mit den Objekterinnerungen in den Hintergrund treten und der Anschein eines reinen Autosymbolismus erweckt werden. Andererseits ist es möglich, daß es auch kein „materiales" seelisches Phänomen gibt, dem nicht auch eine, wenn auch nur blasse Erinnerungsspur an die es begleitende Selbstwahrnehmung beigemengt wäre. Schließlich sei daran erinnert, daß — *in ultima analysi* — fast jedes, vielleicht gar überhaupt jedes Symbol auch eine physiologische Grundlage hat, d. h. irgendwie den ganzen Körper, ein Körperorgan oder dessen Funktion zum Ausdrucke bringt.[1]

In diesen Andeutungen sind, wie ich glaube, Hinweise für eine zu gestaltende Topik der Symbolbildung enthalten und da der dabei tätige Verdrängungs-Dynamismus bereits bei früherer Gelegenheit beschrieben wurde,[2] so fehlt uns zur „metapsychologischen" Einsicht in das Wesen der Symbole im Sinne Freuds nur die Kenntnis der Verteilung psychophysischer Quantitäten bei diesem Kräftespiel und genauere Daten über Onto- und Phylogenese.[3]

Das in der Brückenangst zur Schau getragene psychische Material trat beim Patienten auch in einem konversionshysterischen Symptom zum Vorschein. Bei plötzlichem Schreck, beim Anblicke von Blut oder irgend einem körperlichen Gebrechen neigt er zu Ohnmachten. Als Vorbild dieser Anfälle diente ihm die Erzählung der Mutter, daß er nach einer schwierigen Geburt halbtot zur Welt kam und mit vieler Bemühung zum Atmen gebracht werden mußte. Diese Er-

1) Vergleiche damit die diesbezüglichen Bemerkungen in der Arbeit: „Hysterische Materialisationsphänomene" in „Hysterie und Pathoneurosen", Int. PsA. Bibliothek No. 2, vom Verfasser.

2) Siehe „Zur Ontogenese der Symbole" (in Bd. I. dieser Sammlung).

3) Vgl. dazu die Arbeit von Jones über die Symbolik, Int. Zeitschr. f. PsA. V (1919).

innerung war das Urtrauma, an das sich das spätere (die Anwesenheit beim Gebären der Mutter) anlehnen konnte.

Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, daß die Brücke in Träumen auch ohne jeden symbolischen Sinn, aus historischem Traummaterial stammend, vorkommen kann.

Die Brückensymbolik und die Don Juan-Legende

(1922)

In einer kurzen Mitteilung über „Die Symbolik der Brücke"[1] versuchte ich unlängst, die vielfachen Schichten der Bedeutung aufzudecken, die die Brücke im Unbewußten gewonnen hat. Nach dieser Deutung ist die Brücke *1)* das männliche Glied, das das Elternpaaar beim Geschlechtsverkehr miteinander verknüpft und an das sich das kleine Kind anklammern muß, soll es im „tiefen Wasser", über das diese Brücke gelegt ist, nicht umkommen. *2)* Insofern es dem männlichen Glied zu verdanken ist, daß man aus jenem Wasser überhaupt zur Welt gekommen ist, ist die „Brücke" ein wichtiges Beförderungsmittel zwischen dem „Jenseits" (dem Noch-nicht-geboren-Sein, dem Mutterleib) und dem „Diesseits" (dem Leben). *3)* Da sich der Mensch auch den Tod, das Jenseits nach dem Leben, nicht anders als nach dem Vorbild der Vergangenheit, also als eine Rückkehr in den Mutterleib (ins Wasser, in die Muttererde) vorstellen kann, bekommt die Brücke auch die symbolische Bedeutung eines Beförderungs-

---

1) Dieser Band S. 238 ff.

mittels in den Tod. *4*) Schließlich kann die Brücke zur formalen Darstellung von „Übergängen", „Zustandsänderungen" überhaupt benützt werden.

Nun sind in der ursprünglichen Fassung der Don Juan-Legende die unter *1* bis *3* hervorgehobenen Motive mit einem überdeutlichen Brückensymbol so innig verknüpft, daß ich es für erlaubt halte, diese Verknüpfung als eine Bestätigung meiner Deutung auszulegen.

Der berühmte Frauenjäger Miguel Monara Vicentello de Leco (Don Juan) zündete der Sage nach über dem Guadalquivir hinweg seine Zigarre an der Zigarre des Teufels an. Er begegnete einmal seinem eigenen Begräbnis und wollte in der Krypta der von ihm erbauten Kapelle bestattet werden, damit man ihn mit Füßen trete. Erst nach dem „Begräbnis" bekehrt er sich und wird zum reuigen Sünder.

a) Die über den Fluß hinweg angezündete Zigarre möchte ich als Variante des Brückensymbols auslegen, in der (wie das bei Varianten oft der Fall ist) vieles vom Unbewußt-Verdrängten wiederkehrt. Die Zigarre erinnert durch ihre Form und das Brennen an das vor Begierde brennende männliche Genitalorgan. Die riesenhafte Geste — das Anzünden über den Fluß hinweg — paßt sehr gut zur Vorstellung von der riesigen Potenz eines Don Juan, dessen Glied man sich in kolossaler Erektion repräsentieren mochte.

b) Das Dem-eigenen-Begräbnis-Beiwohnen wird erklärlich, wenn man sich zur Annahme entschließt, daß diese Doppelgängerphantasie eigentlich die Personifikation des so wesentlichen Bestandteils von Don Juans leiblichem Ich, seines Genitales nämlich, darstellt. Das Genitale wird bei jedem Geschlechtsverkehr tatsächlich „begraben", und zwar am selben Ort, der auch die Geburtsstätte ist, und das übrige „Ich" mag diesem

„Begräbnis“ ängstlich zusehen. Die Psychoanalyse zahlreicher Träume und der neurotischen Klaustrophobie erklärt die Angst vor dem Lebendig-begraben-werden als den in Angst verwandelten Wunsch nach Rückkehr in den Mutterleib. Vom narzißtischen Standpunkt gesehen ist übrigens jeder Geschlechtsverkehr, jedes Opfer an das Weib, ein Verlust, eine Art Kastration im Sinne Stärckes[1], auf den das gekränkte Ich mit Todesangst reagieren kann. Auch Gewissensskrupel und Strafphantasien mögen dazu beitragen, daß ein Don Juan bei jedem geschlechtlichen Akt sich der Hölle, der Vernichtung näher fühlt. Wenn wir mit Freud den Don Juan-Typus im Liebesleben, den Zwang zur Reihenbildung, zur Eroberung unzähliger Frauen (Leporello-Album!) damit erklären, daß dies nur ein Ersatz für die eine Liebe ist, die auch dem Don Juan versagt bleibt (Ödipus-Phantasie), so wird uns jene Strafphantasie erst recht verständlich; sie ahndet ja die „Todsünde“ *par excellence*.

Selbstverständlich meine ich nicht, in diesen wenigen Zeilen den versteckten Inhalt der Don Juan-Legende enthüllt zu haben, die noch viele unerklärliche Züge hat (ich verweise z. B. auf die wahrscheinlich homosexuelle Bedeutung des Anzündens einer Zigarre an einer anderen); ich wollte nur eine Bestätigung der phallischen, respektive Leben-Tod-Bedeutung der Brücke durch ihr Auftauchen mitten unter den typischen Symbolen des Todes, der Geburt und der Sexualität erbringen.

1) Der Kastrationskomplex. Int. Zeitschr. f. PsA. Bd. VII (1921).

Ekel vor dem Frühstück

(1919)

Sehr viele Kinder haben einen oft unüberwindlichen Ekel vor dem Genuß des Frühstücks, lieber gehen sie mit leerem Magen in die Schule, zwingt man sie aber zum Essen, so kommt es vor, daß sie sich übergeben. — Ich weiß nicht, ob die Kinderärzte eine physiologische Erklärung für dieses Symptom haben. Ich fand hiefür eine psychologische Deutung, die sich bei einer psychoanalytischen Untersuchung ergeben hat.

Im Falle dieses Patienten perpetuierte sich diese Idiosynkrasie bis ins erwachsene Alter und mußte als eine Verschiebung des unbewußten Ekels vor der Hand der Mutter gedeutet werden. Er wußte schon als junges Kind von den Sexualbeziehungen der Eltern, verdrängte aber dieses sein Wissen, da es mit seinen zärtlichen Regungen und seiner Achtung unvereinbar war. Als aber die Mutter am Morgen aus dem Schlafzimmer kam und mit denselben Händen, die bei jenen verpönten Handlungen eine Rolle spielen mochten, das Frühstück bereitete, möglicherweise zuvor noch die Hand vom Kinde küssen ließ: da kam die unterdrückte Regung als Ekel vor dem Frühstück zum Vorschein, ohne daß dem Kind die wahre Ursache seiner Idiosynkrasie bewußt geworden wäre.

Es wäre die Aufgabe der Kinderärzte nachzuforschen, ob diese Deutung auch für andere oder etwa für alle zutrifft. Auch der Weg zu einer Therapie wäre so gegeben.

Bei einer anderen Gelegenheit wies ich daraufhin, daß die eigenartige Assoziation des Ekelgefühls mit der Ausdrucksbewegung des Spuckens und Erbrechens darauf hinweist, daß im Unbewußten eine koprophile Tendenz zum Schlucken des „Ekelhaften" vorhanden ist, Spucken und Erbrechen also bereits als Reaktionsbildungen gegen die Koprophagie aufzufassen sind. Diese Auffassung gilt natürlich auch für den „Ekel vor dem Frühstück".

Beiträge zur Genitalsymbolik

I

Sinnreiche Variante des Schuhsymbols der Vagina

(1916)

Ein Patient träumt, daß er „einen Gummi-Überschuh (Galoschen) auf der schmutzigen Erde suchen muß, während sein Bruder und viele andere mit ihren Frauen längst vorausgegangen sind". (Die Szene spielte sich beim Nachhausegehen von einer Unterhaltung o. dgl. ab.) — Der Patient ist unverheiratet, sein jüngerer Bruder heiratete schon längst. Patient ist an eine nicht mehr junge verheiratete Frau fixiert, bei der die Folgen eines Dammrisses operativ beseitigt werden mußten. Am Tage vor dem Traum unbefriedigender Sexualverkehr, wobei Patient „nicht fertig" wurde (wie im Traum). Der „Schmutz" ist Anspielung auf die Beschämung, die er erfahren würde, wenn der Gemahl von der Sache erführe. Darum wurde wohl auch das normale Schuhsymbol in kotige, dazu noch sehr dehnbare Galoschen umgewandelt.

(Solche individuelle Varianten der Symbole unterscheiden sich von den universellen dadurch, daß sich an sie reichlich Einfälle assoziieren, während sonst dem Träumer zu den Symbolen selten etwas einfällt.)

II

Symbolik der Bettwäsche

(1913)

A) Ein junger Mann bekommt regelmäßig Pollution, wenn sein Bett frisch überzogen ist. Deutung: er will das Reine (Weib) beschmutzen. Zugleich zwingt er (*ubw*) die weiblichen Angehörigen des Hauses, die das Bett besorgen, sich mit seiner Potenz zu beschäftigen.

B) Ein Herr hat relative Impotenz; er kann nur kohabitieren, wenn er zuvor die Bettwäsche, die ganz glatt gewesen sein muß, eigenhändig zerknüllt oder wenn sich die Frau auf einen Bogen glatten Papieres legt, das er unmittelbar vor dem Akte zerknittert. Das Symptom erweist sich als überdeterminiert; seine Elemente sind *1)* Verliebtheit in die (runzelige) Großmutter, *2)* Sadismus, *3)* Erinnerungen an Onanie an der Bettwäsche.[1]

III

Der Drachenflieger als Erektionssymbol

(1913)

Ein Patient erzählt von seinem an Verfolgungswahn leidenden Onkel, daß dieser, obzwar schon über 30 Jahre alt, immer mit Knaben gespielt hat, ihnen manchmal sein Glied zeigte und mit besonderer Vorliebe und Geschicklichkeit riesige Papierdrachen mit langem Schweif anfertigte. Er ließ

1) Zur Identifizierung von Haut und Wäsche (beide werden gewaschen) und von Runzeln und Wäschefalten s. folgenden Witz aus den „Fliegenden Blättern“: „Was willst denn du, Kleine, mit dem Bügeleisen?“ — „Ich möchte das Gesicht von Großpapa glatt machen.“

die Drachen so hoch fliegen, daß sie fürs Auge unsichtbar wurden, band die Schnur an einen Stuhl, ließ einen Knaben draufsitzen und freute sich, wenn ihn der Zug des Drachens umwarf. (Der Zusammenhang von Paranoia und Homosexualität zeigt sich auch an diesem Beispiel.) — Ich erinnere bei diesem Anlaß an den geisteskranken Mr. Dick im „David Copperfield" von Dickens; auch dieser spielt gerne mit Knaben und läßt Drachen auffliegen, auf die er seine Phantasien über den Tod König Karls des Ersten kritzelte. Käme das bei einem Patienten vor, so müßten wir ihn, auch wenn er so gutmütig wäre wie Mr. Dick, für einen unbewußten Vater- (Königs-) Mörder halten, der aber andererseits die Insignien der Vaterwürde anbetet.

(Zur Symbolik des Drachensteigens vergleiche man die im VII. Bd. der „Anthropophyteia" mitgeteilte Erzählung [Nr. 26] aus Groß-Frankfurt: „Das Drachensteigen". Das Söhnchen fragt seinen Papa, warum die Kinder nur im Herbst die Drachen steigen lassen. Der Papa erklärt ihm: „Das geht nur, wenn die Felder abgemäht sind, weil man da weite Strecken laufen muß. Aber ich, ich lasse meinen Drachen das ganze Jahr steigen.")

IV

Infantile Vorstellungen über das weibliche Genitale

(1913)

Ein in der Kindheit arg eingeschüchterter Patient (mit Impotenz infolge larvierter Kastrationsbefürchtungen) träumt, daß er seiner englischen Sprachlehrerin eine Krawatte kauft, die aber ein zusammengeringelter Aal war. (Aal heißt ungarisch *angolna*, lautlich sehr ähnlich den Worten: *angol nö* = Engländerin.) — Die Analyse ergab, daß er ihr einen

Penis (Fischkrawatte) kaufen will, da es ihn vor einem Wesen ohne Penis graust. Um sich dem Weib ohne Angst nähern zu können, muß er sich die Vagina als zusammengeringelten Penis vorstellen.

Ein anderer Patient brachte die bewußte Erinnerung der Idee aus der Kinderzeit, die Frauen hätten einen kurzen, aber dicken Penis mit weiter Urethra, deren Lumen groß genug ist, um den Penis aufzunehmen. — Die Knaben müssen also allerlei Theorien über das weibliche Genitale aushecken, die sie darüber beruhigen, daß das Weib trotz des gegenteiligen Anscheines einen Penis hat.

V

Kindliche Vorstellungen von der Verdauung

(1913)

Dreijähriger Junge: „Onkel Doktor, was hast du im Bauch, daß du so dick bist?"

Scherzhafte Antwort des Hausarztes: „Kaka!"

Darauf der Junge: „Ißt du denn so viel Kaka?"

(Der Kleine stellt sich den Bauch als einen Hohlraum vor, in dem das Gegessene unverändert enthalten ist, so wie in Mythen und Märchen vom Wolf, vom Walfisch, von einem zürnenden Gott usw. aufgefressene Menschenkinder nach Tötung des Tieres oder des Menschenfressers lebend zum Vorschein kommen oder mittels Erbrechen wiedergeboren werden. — Der Ausspruch des kleinen Forschers weist aber auch darauf hin, daß er des Kausalzusammenhanges zwischen Essen und Stuhlabsetzen nicht ganz sicher ist. Das Dritte, was an diesem Kinderspruche auffällt, ist die Selbstverständlichkeit, mit der er das Kotessen beim Menschen voraussetzt.)

VI

„Nonum prematur in annum“

(1915)

Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich viele Künstler und Schriftsteller ungern von ihren Erzeugnissen trennen; andere (wie z. B. Leonardo) behandeln sie schlecht und verlieren bald jedes Interesse für sie. Eine besondere Gruppe bilden jene Künstler und Schriftsteller, die sich monatelang mit einer — im Geiste bis aufs kleinste Detail ausgearbeiteten — Idee herumtragen, ohne sich zu ihrer Verwirklichung entschließen zu können. Ich weiß es von Prof. Freud und kann es auch meinerseits bestätigen, daß Zwangsneurotiker eine besondere Neigung zu solcher Verschleppung ganz fertiger Arbeitspläne haben.

Ich hatte Gelegenheit, einen jungen Schriftsteller, dem dieses Zögern nebst anderen neurotischen Zeichen in hohem Grade eignete, psychoanalytisch zu untersuchen, und stellte fest, daß dieses sein Verhalten als ein entfernter Abkömmling seines übernormalen Narzißmus zu deuten war. Bei diesem Patienten äußerte sich das Zögern bei der Ausarbeitung und Drucklegung seiner Ideen auf folgende spezielle Weise: Solange ihm sein Thema sehr „am Herzen lag“, hütete er es wie ein Geheimnis; erzählte er etwas davon, so betrübte ihn die Idee, daß sie ihm entwendet werden könnte. Am liebsten beschäftigte er sich damit auf einsamen Spaziergängen oder in seinem Arbeitszimmer. Aber auch hier „bearbeitete“ er seine Idee lange Zeit hindurch nicht, höchstens notierte er in einigen Worten (die er später oft selbst nicht verstand) die neuen Einfälle. Wenn er hie und da doch etwas publizierte, so geschah das unter folgenden Umständen: Er muß eine neue Idee bekommen haben, die er höher schätzte als das bisher Gehegte; ja, er

mußte diese neue Idee für so bedeutsam halten, daß er — von seinem künstlerischen Gewissen gedrängt — sich endlich hinsetzte, diese auszuarbeiten. Statt dessen verfiel er aber dabei stets auf die Idee, die alte, nunmehr überholte Idee zu realisieren, die dann auch fast anstandslos ausgearbeitet wurde, während er die neue Idee weiter für sich behielt. Wir mußten sein Verhalten mit seinem Narzißmus in Zusammenhang bringen. Dem Patienten war alles, was er produzierte, so heilig wie ein Stück seines eigenen Ich; erst wenn die Idee für ihn relativ wertlos wurde, konnte er sich entschließen, sie in Worten „auszudrücken", d. h. sich von ihr zu trennen; dies trat aber nur ein, wenn sein Narzißmus von anderen, neuen, wertvolleren Ideen „schwanger" war. Doch selbst bei der Bearbeitung der älteren Idee mußte er die Arbeit zeitweise unterbrechen, wenn ihm nämlich während der Arbeit die Bedeutsamkeit und der Wert des alten Stoffes wieder gegenwärtig wurde.

Die Analyse zeigte dann, daß seine Ideen wirklich die „Kinder seines Geistes" waren, die er aber nicht hergeben, sondern in seinem Innern beherbergen wollte. Diesen geistigen Kindern entsprachen in seinem *Ubw* leibliche, die er in echt weiblicher Art empfangen wollte. Das Vorgehen des Patienten erinnerte mich an das Verhalten der Mütter, die immer ihr jüngstes Kind am liebsten haben. Bekanntlich bedeutet ja nicht das Abschneiden der Nabelschnur, sondern die langsame Zurückziehung der Libido die wirkliche Loslösung des Kindes von der Mutter. Diesem passiven Zuge seines Wesens entsprechend war auch die Analerotik des Patienten sehr stark; die Spiele, die er als Kind mit dem Kote trieb, erinnerten an die Art, in der er seine geistigen Erzeugnisse behandelte. Auch den Kot gab er nur her, nachdem er ihn sehr lange zurückgehalten hatte und er ihm wertlos geworden war.

Da wir von Freud wissen, daß die Zwangsneurotiker von stark analerotischer Sexualkonstitution sind, dürfen wir ihre Neigung zum Zögern nach der Analogie mit dem hier mitgeteilten Falle auffassen.

Auch die Vorschrift der Ars poetica: *„nonum prematur in annum“*, könnte einer ähnlichen psychischen Einstellung ihres Verfassers ihre Entstehung verdanken. Hiefür spricht nicht nur die verdächtige Zahl „9“, sondern auch der Doppelsinn des Zeitwortes *„premere“*.

Jedenfalls beweisen Beobachtungen dieser Art, wie unrichtig es ist, nach Art der Züricher Schule als letzte und weiter nicht zerlegbare Ursache der Neurose die Faulheit hinzustellen, der nur mehr durch „Hinweis auf die Lebensaufgabe“ abgeholfen werden könnte. Die abnorme Faulheit — wie die meines Patienten — hat immer unbewußte Motive, die psychoanalytisch aufzudecken sind.

VII

Schweigen ist Gold

(1916)

Ein zwangsneurotischer Patient — sonst manchmal wortkarg und zögernd in der Assoziation — zeigt sich in einer Stunde auffallend redselig. Hierauf aufmerksam gemacht, konstatiert er selber das Ungewöhnliche seiner Redeweise, beklagt dies aber mit der ihm eigenen Selbstverspottung, da doch „Schweigen Gold“ sei. — Auf diesen Einfall hin verweise ich auf die symbolische Identität von Gold und Kot und sage ihm, daß er offenbar mit den Worten, wie mit dem Gold und Kot, zu geizen pflege und heute nur ausnahmsweise in verschwenderischer Stimmung sei. Ich erkläre ihm übrigens, daß sein Einfall auch die psychoanalytische Erklärung des Sprichwortes vom „goldenen Schweigen“ ermögliche. Schweigen ist nur darum

„Gold“, weil das Nichtsprechen an und für sich eine Ersparnis (an Aufwand) bedeutet. Bei dieser Bemerkung bricht der Patient in ein unbändiges Lachen aus und erzählt mir, daß er am selben Tage — ausnahmsweise — einen sehr ergiebigen Stuhl gehabt habe, während er sonst — wenn auch ziemlich regelmäßig — doch immer nur kleine Quantitäten zu entleeren pflegte. (Der aktuelle Anlaß zur Redseligkeit und Verschwendung war die plötzliche Befreiung von einem äußeren Zwange; es wurde ihm ermöglicht, eine Reise, die er sehr ungern gemacht hätte, zu unterlassen.)

Ein anderer Patient (Hysteriker) leidet u. a. an zwei Symptomen, die immer gleichzeitig und in gleicher Intensität auftreten: Stimmritzenkrampf und Krampf des Sphincter ani. Ist er in gehobener Stimmung, so ist seine Rede laut und frei, sein Stuhl ergiebig und „befriedigend“. Bei Depression (insbesondere aus Anlaß irgendeiner Unzulänglichkeit) oder beim Verkehr mit Vorgesetzten und Höheren treten Stimmlosigkeit und Tenesmus zu gleicher Zeit auf.

(Die Analyse dieses Patienten ergibt u. a., daß er zu jenen nicht sehr seltenen Menschen gehört, die ihren Stuhl zurückhalten, weil sie davon eine „Stärkung“ [in physischer und psychischer Hinsicht] erwarten, während sie von der Entleerung „geschwächt“ zu werden fürchten. — Nach meiner bisherigen Erfahrung ist diese innige assoziative Verknüpfung von „Stärke“ und „Zurückhaltung“ auf infantile Unfälle zurückzuführen, in denen die Patienten „zu schwach“ waren, den Stuhl zurückzuhalten. Diese Tendenz zur Zurückhaltung strahlt dann auch auf psychische Gebiete aus und führt zur Zurückhaltung möglichst aller Emotionen, aller „Gefühlsergüsse“; ein Gefühlsausbruch, der nicht mehr zurückgehalten werden konnte, kann ähnlich starkes Unglücksgefühl zur Folge haben, wie seinerzeit die anale Inkontinenz.)

Daß es zwischen Analerotik und Sprache gewisse Beziehungen gibt, wußte ich schon von Prof. Freud, der mir von einem Stotterer erzählte, bei dem alle Einzelheiten der Sprachstörung auf analerotische Phantasien zurückzuführen waren. Auch Jones wies in einer Arbeit vielfach auf die Möglichkeit der Libidoverschiebung vom Analen aufs Phonetische hin. Schließlich konnte auch ich in einer früheren Arbeit (über obszöne Worte)[1] auf die Beziehungen zwischen musikalischer Stimmbildung und Analerotik hinweisen.

Die Mitteilung obiger Fälle schien mir begründet, da sie die Annahme rechtfertigen, daß Stimm- und Sprachbildung sowie Analerotik nicht nur zufällig und ausnahmsweise, sondern gesetzmäßig miteinander verknüpft sind. Das Sprichwort: „Schweigen ist Gold" könnte als volkspsychologische Bestätigung dieser Annahme gelten.

VIII

Pecunia – olet

(1916)

A

Ein junger Kaufmann war längere Zeit hindurch wegen seiner Zwangs- und Angstzustände bei mir in Behandlung, die ich aber nicht ganz zu Ende führen konnte, weil die eingetretene Besserung, wie so oft, vom Widerstande als Motiv zum Abbrechen der Kur benützt wurde. Den aktuellen Anlaß zu seiner Erkrankung gab, wie die Analyse bald aufdeckte, das Verhältnis zu seiner Frau. Ich mußte dem Patienten auf Grund sehr deutlicher Anzeichen klarlegen, daß er am Konflikt zwischen der Geldliebe (Analerotik) und der übrigen Sexualität scheiterte.

1) Bd. I dieser Sammlung.

Er heiratete eine mehr als wohlhabende Frau, in die er nicht verliebt war, während sein *Ubw* von interesseloser Hingebung träumte; u. a. dachte er oft auch bewußt an ein ganz mittelloses, aber liebreizendes Weib, an dessen Seite er vielleicht das Glück, nach dem er sich sehnte, gefunden hätte. Ich mußte allerdings dem Patienten nahelegen, daß auch dieses Glück kein ungetrübtes gewesen wäre, da ja dabei seine nicht minder starke andere Leidenschaft, die Geldliebe, leer ausgegangen wäre.

Bei einem unserer Gespräche brachte nun der Patient die meiner Ansicht nach entscheidende Bestätigung der vorausgegangenen Deutungen. Er erinnerte sich, daß er kurz nach seiner Verlobung, beim intimen Beisammensein mit der Braut, plötzlich von einem unangenehmen Geruch aus ihrem Munde erschreckt wurde. Er entfernte sich unvermittelt, eilte zu einem Vertrauten und wollte die Verlobung sofort rückgängig machen. Man beruhigte ihn, und da der üble Geruch sich nicht mehr zeigte, ließ er von seinem Vorhaben ab, — die Heirat ging vonstatten.

Diese Erinnerung mußte ich wie folgt erklären: Ein an sich offenbar unbedeutender Geruch aus dem Munde der Braut verknüpfte sich assoziativ mit der ursprünglichen Analerotik des Patienten, aus der die Geldliebe hervorging; er war nahe daran, sich einzugestehen, daß er des Geldes wegen zu heiraten im Begriffe steht; vor dieser Möglichkeit wollte er mit derselben Angst die Flucht ergreifen, wie vor den eigenen schlecht verdrängten analerotischen Triebregungen. Es lag hier also ein Fall von Charakterregression vor, der Rückfall eines Charakterzuges (Geldliebe) auf seine erotische Vorstufe.[1] Der

1) Vgl. „Passagère Symptombildungen während der Analyse". „Mischgebilde von erotischen und Charakterzügen." (S. 9ff, bzw. 233ff. dieses Bandes.)

ubw Phantasie gelang es dann für einen Augenblick, den Mund der Braut zur Analöffnung zu machen.

Wer nicht viel Erfahrung in der Psychoanalyse hat, wird diese Erklärung außerordentlich gezwungen und gewiß sehr antipathisch finden. Er wird — wie ich es so häufig höre — fragen: „Warum muß denn hier wieder die sogenannte ‚Analerotik' eine Rolle spielen? Läßt sich der Fall nicht einfach aus der ganz verständlichen Aversion jedes Kulturmenschen gegen einen schlechten Geruch, der ja im gegebenen Fall vorhanden gewesen ist, ohne Zuhilfenahme der ‚Charakterregression' einfacher erklären?"

Anstatt mich auf diese Fragen einzulassen, will ich kurz einen zweiten Fall mitteilen.

B

Einer Frau, die in ihren Mann leidenschaftlich verliebt zu sein wähnt, halte ich vor, daß bei ihr verschiedene Symptome darauf hindeuten, daß sie ihren Mann eigentlich aus Interesse geheiratet hat und, da sie so etwas mit ihrem Charakter für unvereinbar hält, ihre Leidenschaft zum Manne übertreibt. Nach längerem Widerstande mußte sie nun sich und mir eingestehen, daß sie zur Zeit der Verlobung eigentlich einen anderen jungen Mann ihrem späteren Manne vorgezogen hat, weiters, daß sie und ihre Familie sich damals in großer materieller Not befanden, schließlich, daß ihr Mann damals für einen reichen Erben galt.

Ich wies, wie im obigen Falle, auf die Analerotik hin, worauf die Patientin sofort mit folgender Erinnerung reagierte:

„Als ich den jungen Mann, in den ich früher verliebt war, nach meiner Verlobung zum erstenmal sah, ereignete sich folgendes: Er begrüßte mich und küßte mir die Hand; in diesem Augenblicke durchzuckte mich der Gedanke, daß ich

kurz vorher am Klosett war und noch keine Gelegenheit hatte, mir die Hände zu waschen. Am Ende riecht er an meinen Fingern Kotgeruch! Meine Angst wurde so stark, daß ich sofort die Finger an die Nase führen und auf Geruch untersuchen mußte, wobei es mir vorkam, als ob eine anwesende Freundin ironisch lächelte."

Natürlich deutete ich diesen Erinnerungseinfall als Bestätigung meiner schon erwähnten Annahmen und fügte hinzu, daß sie sich eigentlich davor ängstigte, der junge Mann könnte an ihr „riechen", daß sie aus Interesse heiratet. Hinter der Szene mußte ich übrigens die Wiederholung infantiler Kotspiele vermuten. Die Patientin erinnerte sich dunkel, solche Spiele mit ihrem Bruder im Klosett aufgeführt zu haben.

Ich muß es dem Leser überlassen, die große Übereinstimmung zwischen den mitgeteilten beiden Fällen für Zufälligkeit zu erklären, oder ihr einen Sinn zuzugestehen, eventuell den Sinn, den ihr die Psychoanalyse zuschreibt. Betonen muß ich aber bei dieser Gelegenheit, daß die Psychoanalyse ihre Thesen niemals auf Spekulation, sondern immer auf die Häufung solcher Übereinstimmungen, also auf Tatsachen gründet. Die Beantwortung der Frage, woher diese Übereinstimmungen stammen, ist eine andere Aufgabe; die Analyse wird die Antwort darauf gewiß nicht schuldig bleiben. Sie kann sich aber nicht dazu drängen lassen, Erklärungen zu geben, solange sie nur über Tatsachen verfügt. Es ist jedenfalls ungerechtfertigt, die Nachprüfung von Tatsachen aus logischen Gründen abzulehnen.

Das lateinische Sprichwort, das ich in veränderter Fassung zum Titel dieser Mitteilung wählte, erscheint nach den obigen Auseinandersetzungen in neuem Lichte. Der Satz: das Geld stinkt n i c h t, ist ein Euphemismus mittels Umkehrung. Im *Ubw* heißt es sicherlich: *Pecunia olet,* d. h. Geld = Kot.

IX

Ungeziefer als Symbol der Schwangerschaft

(1914)

Hinter der übertriebenen Angst vor Ungeziefer und hinter Deckerinnerungen, die sich mit der Beschämung bei der Entdeckung dieser Art „Unreinlichkeit" beschäftigen, steckte in mehreren Fällen die bewußte Phantasie des Geschwängertseins. Das Gemeinsame der Schwangerschaft und des Behaftetseins mit Ungeziefer ist nebst der Schande — das Beherbergen kleiner Lebewesen im und am Körper. Dasselbe gilt von Eingeweidewürmern (Kind = „Würmchen"). Ungeziefer im Traum ist in diesem Sinne zu deuten.

X

Zwei typische Kopro- und Pädosymbole

(1915)

Bei zwei Frauen, deren Zwangsbefürchtungen mit der Kinderlosigkeit zusammenhängen[1] und in deren Unbewußtem die Regression von der genitalen und parentalen auf die Analerotik in ähnlicher Weise vor sich ging, wie bei der zwangsneurotischen Patientin Freuds,[2] spielen Ungeziefer und Eier eine ganz besondere Rolle. Beide (es ist fast unglaublich, bis zu welchen Einzelheiten sich oft Neurosen wiederholen) leiden seit Kindheit an der Angst, sie hätten Läuse im Haare. Merkwürdigerweise entdecken sie zeitweilig tatsächlich zu ihrem großen Schreck Exemplare dieses Ungeziefers auf der behaarten Kopfhaut, was aber kein Wunder ist, da sie eine

1) Die eine der Frauen hatte zwar ein Kind, aber das genügte ihrem Unbewußten bei weitem nicht.

2) Freud, „Die Disposition zur Zwangsneurose". (Ges. Schr., Bd. V, S. 277 ff.)

unverständliche — und ihrer Parasitophobie scheinbar widersprechende — Nachlässigkeit in bezug auf die Haartoilette zeigen. In Wirklichkeit trachten unbewußterweise beide, solche Parasiten zu erwerben, da sie ihnen die trefflichste Gelegenheit bieten, in symbolischer Weise ihre tiefstversteckten Wünsche zu befriedigen: die verdrängte Sehnsucht nach vielen, sehr vielen Kindern (die ja tatsächlich wie Parasiten der Mutter aufwachsen[1]) sowie den Sadismus und die Analerotik, zu der sie nach der Enttäuschung an der Genitalität regredieren mußten (Töten des Ungeziefers, Wühlen im Schmutz). Damit die Analogie beider Fälle noch merkwürdiger wird, produzierten sie auch ein anderes Kopro- und Pädosymbol, das mir bis jetzt als solches unbekannt war, nämlich ein übergroßes Interesse für Hühnereier. Die eine der Patientinnen erzählte mir, als sie endlich anfing, sich für ihren Haushalt wieder zu interessieren, oft, welch unerklärliches Vergnügen es ihr bereitet, in einem Korbe frischer Eier herumzuwühlen, die Eier zu ordnen und zu zählen; schämte sie sich nicht, sie würde sich stundenlang damit beschäftigen. Die andere (eine Frau vom Lande) ist fast ganz arbeitsunfähig; der einzige Ort, wo sie leistungsfähig blieb, ist der Hühnerhof; sie ist imstande, stundenlang Gänse zu stopfen und zuzuschauen, wie die Hühner ihre Eier legen, — sie leistet dabei selber Geburtshelferdienste, indem sie mit einem Finger in die Kloake des Tieres eindringt und das Ei herausholt. — Die symbolische Identität des Eies mit Kot und Kind ist noch durchsichtiger als die des Ungeziefers. — Man darf aber auch den Geldwert der Eier nicht vergessen; wissen wir doch, daß der Preis der Eier überall als Maßstab der Billigkeit oder der Teuerung der Lebensmittel gilt und daß Eier, besonders auf dem Lande, ähnlich

1) Man vergleiche die vorangehende kleine Mitteilung: „Ungeziefer als Symbol der Schwangerschaft."

wie das Geld, als Wertmesser fungieren. Es scheint, daß unter gewissen Lebensbedingungen die ontogenetische Umwandlung der Analerotik in gewisse Analcharakterzüge unterwegs stecken bleibt. Jedenfalls liegt diese Eierliebhaberei der ursprünglichen Koprophilie viel näher als die — immaterielle — Liebe zum Gelde.

Schließlich sei darauf hingewiesen, daß beide Kopro- und Pädosymbole (wie zu erwarten war) gelegentlich auch ihre phallische Bedeutung erkennen ließen.

Zur Augensymbolik

(1913)

Die Selbstblendung des Ödipus versuchte ich, mich auf psychoanalytische Erfahrungen berufend, als Selbstentmannung zu deuten,[1] und behauptete, daß Augen oft symbolisch für Genitalien gesetzt werden. Die Tatsachen, auf die ich mich bei dieser Deutung bezog, will ich im folgenden kurz anführen.

1) Eine junge Dame leidet an einer Phobie vor spitzen Gegenständen, besonders vor Nadeln; ihre Zwangsbefürchtung lautet: ein solcher Gegenstand könnte ihr einmal das Auge ausstechen. Die nähere Untersuchung des Falles ergibt, daß diese Dame mit ihrem Freunde seit einer Reihe von Jahren in innigem Sexualverkehr steht, dabei aber sich ängstlich davor hütet, die Immissio penis zu gestatten, die ihre anatomische Integrität durch Zerreißung des Hymens schädigen würde. Dieser Dame passieren nun allerlei Unfälle, die meist das Auge treffen; zumeist unbeabsichtigte Selbstbeschädigungen mit Nadeln. Deutung: Substitution des Genitales durch die Augen

---

1) Symbolische Darstellung des Lust- und Realitätsprinzips im Ödipus-Mythos, 1911. (Enthalten im Sammelbande „Populäre Vorträge über Psychoanalyse", Int. PsA. Bibl. Nr. XIII).

und Darstellung der das Genitale betreffenden Wünsche und Befürchtungen durch Zufallshandlungen und Phobien, die die Augen zum Gegenstand haben.

2) Ein myopischer Patient mit bewußten Minderwertigkeitsbefürchtungen und kompensierenden Größenphantasien verlegt alle seine hypochondrischen und ängstlichen Gefühle und eine übertriebene Verschämtheit auf seine Kurzsichtigkeit; diese Gefühle gelten aber im Unbewußten dem Genitale. Als kleines Kind hatte er sexuelle „Allmachtsphantasien", die sich auf Mutter und Schwester bezogen; später schmerzliche Einsicht in seine sexuelle Minderwertigkeit (Komplex des zu kleinen Penis, Hypochondrie, „Schwächezustände"), die durch übertriebene Onanie und sadistische Koitusakte kompensiert wurden. Mit Hilfe der symbolischen Gleichung: Auge = Genitale, gelang es ihm nun, einen großen Teil dieser sexuellen Wünsche und Befürchtungen am Auge darzustellen. Die nicht einmal ganz gründliche analytische Aufklärung reduzierte die Hypochondrie ganz bedeutend.

3) Ich hatte Gelegenheit, eine Familie kennen zu lernen, deren Mitglieder ausnahmslos an einer übertriebenen Furcht vor Verletzungen und Krankheiten der Augen leiden. Schon die Erwähnung kranker oder verletzter Augen macht sie erbleichen, der Anblick solcher kann eine Ohnmacht zur Folge haben. Bei einem Mitgliede der Familie ließen sich nun die psychischen Störungen der Potenz als Äußerungen des gegen die sadistischen Gelüste reaktiv aufgetretenen Masochismus deuten; die Angst vor Augenverletzungen war die Reaktion auf den sadistischen Wunsch, Augen zu verletzen, eine Verschiebung des sadistischen Koituswunsches. Die sadistisch-masochistische Komponente des Sexualtriebes konnte sich eben sehr leicht vom Genitale auf ein anderes leicht verletzliches Organ verschieben. — Ein anderes Mitglied dieser Familie

dehnt Angst und Ekel vor Augen auch auf die Hühneraugen (!) aus, wobei nicht nur die äußere Ähnlichkeit und Namensgleichheit, sondern eine zweite symbolische Gleichung (Zehe = Penis) eine Rolle spielt; es ist dies offenbar ein Versuch, das Symbol (Auge) dem Eigentlichen (Genitale) mit Hilfe einer Mittelvorstellung (Hühnerauge) wieder anzunähern.

4) Ein Patient, der in der Kindheit Angst vor Käfern hatte, bekam in der Pubertät Angst davor, sich im Spiegel zu betrachten; besonders vor dem Anschauen der eigenen Augen und Augenbrauen. Diese Angst entpuppte sich einerseits als Selbstwahrnehmung seiner Verdrängungsneigung (sich selber nicht „Aug' in Auge" sehen wollen), anderseits als Darstellung der Onanie-Angst. Mit Hilfe der Vorstellung der Beweglichkeit gelang es dem Kinde, die Aufmerksamkeit und die Affekte vom spontan beweglichen (erektilen) Organ auf die beweglichen Käfer zu verlegen. Auch die Verletzlichkeit des Käfers, den man selbst als Kind so leicht zertreten kann, macht ihn dazu geeignet, die Stelle des ursprünglichen Angriffsobjektes, des Sexualorgans, zu vertreten. Eine weitere Verschiebung setzte dann das gleichfalls bewegliche und verletzliche Auge an Stelle des Käfers. Erwähnen möchte ich dabei, daß die Pupille im Ungarischen mit dem Worte „Augenkäfer" bezeichnet wird.

5) In einer ganzen Reihe von Angstträumen (meist aus der Kindheit erinnerten) kommen Augen vor, die wachsen und sich verkleinern. Aus dem ganzen Zusammenhange mußte ich diese Augen als Symbole des sich (bei der Erektion) vergrößernden männlichen Geschlechtsorgans ansehen. Die scheinbare Größenveränderung des Auges beim Öffnen und Schließen der Lidspalte wird offenbar vom Kinde zur Darstellung genitaler Vorgänge, die mit Größenveränderung einhergehen, benützt. Die oft übermäßige Angst kleiner Kinder vor den Augen der

Eltern hat meiner Ansicht nach auch eine sexualsymbolische Wurzel.

6) In einer anderen Reihe von Träumen vertreten die Augen (als paarige Organe) die Testikel. Da nämlich das Gesicht (abgesehen von den Händen) der einzige unbedeckte Körperteil ist, müssen die Kinder ihre ganze Neugierde, die den übrigen Körperteilen gilt, am Kopf und am Gesicht ihrer erwachsenen Mitmenschen, besonders der Eltern, befriedigen. So wird jeder Teil des Gesichts der Vertreter einer oder mehrerer Genitalstellen. Besonders eignet sich das Gesicht (die Nase, in der Mitte zwischen den Augen und den Augenbrauen, darunter der Mund) zur Darstellung des Penis, der Hoden, der Schamhaare und des Afters.

Ich zweifle nicht, daß die Verschämtheit, die man beim Angeschautwerden verspürt und die einen vom dreisten Anschauen anderer abhält, in der sexualsymbolischen Bedeutsamkeit der Gesichtspartien ihre Erklärung findet. Diese muß auch die große Wirkung der Augen des Hypnotiseurs auf sein Medium erklären helfen. Ich verweise hier auch auf die Sexualsymbolik im „Liebäugeln", im züchtigen Niederschlagen der Augen, im Augenaufschlag usw. Vgl. auch die Redensart „auf jemand ein Auge haben".

7) Zum Schluß will ich über einen Zwangsneurotiker berichten, der meine Deutung der Selbstblendung des Ödipus nachträglich bestätigte. Als ungemein verzärteltes, an die Eltern fixiertes, aber züchtig und schamhaft gewordenes Kind erfuhr er eines Tages von Altersgenossen den wirklichen Hergang des Sexualverkehrs zwischen den Eltern. Seitdem ungeheure Wut auf den Vater, oft mit der bewußten Phantasie, daß er ihn (den Vater) kastriert, worauf aber stets Reue und Selbstbestrafung folgen. Eine dieser Selbstbestrafungen war nun die, daß er seinem eigenen Bildnis die Augen aus-

stach. Ich konnte dem Patienten erklären, daß er damit nur die am Vater vollzogene Kastration in entstellter Weise gesühnt hatte, entsprechend der mosaischen Talion-Strafdrohung „Aug' um Aug', Zahn um Zahn", die übrigens gerade die zwei Kastrationssymbole, Blendung und Zahnreißen, zum Exempel wählt.[1]

*

In einer Arbeit über „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes" [im I. Band dieser Sammlung] versuchte ich die Entstehung der Symbolik aus dem Drang zu erklären, die infantilen Wünsche mit den Mitteln des eigenen Körpers als erfüllt darzustellen. Die symbolische Identifizierung der Gegenstände der Außenwelt mit den Körperorganen ermöglicht es, einerseits alle Wunschobjekte der Welt am eigenen Leibe, anderseits an den animistisch gedachten Objekten die geschätzten Organe des eigenen Leibes wiederzufinden. Die Zahn- und Augensymbolik wären Beispiele dafür, daß Körperorgane (und zwar hauptsächlich die Genitalien) nicht durch Gegenstände der Außenwelt, sondern auch durch andere Organe des Körpers selbst dargestellt werden können. Das ist sogar wahrscheinlich die ursprünglichere Art der Symbolbildung.

Ich denke mir, daß diese symbolische Gleichstellung der Genitalorgane mit anderen Organen und mit Gegenständen ursprünglich nur spielerisch, gleichsam aus Übermut geschieht. Die so entstandenen Gleichungen werden aber sekundär in den Dienst der Verdrängung gestellt, die das eine Glied der Gleichung abzuschwächen sucht, während sie das andere — harmlosere — um den Betrag des verdrängten Affektes symbolisch überbetont. So gelangt die obere Körper-

1) Siehe auch meine Ausführungen über Zahnsymbolik in der Diskussion der Wiener PsA. Vereinigung: „Die Onanie" (Wiesbaden, 1911).

hälfte als die harmlosere zu ihrer sexualsymbolischen Bedeutung, und so kommt das zustande, was Freud „Verlegung von unten nach oben" nennt. In dieser Verdrängungsarbeit haben sich die Augen zur Aufnahme der vom Genitale verschobenen Affekte durch ihre Form und veränderliche Größe, ihre Beweglichkeit, ihren hohen Wert und ihre Empfindsamkeit als besonders geeignet erwiesen. Vermutlich wäre aber diese Verschiebung nicht so gut gelungen, wenn dem Auge nicht schon von vornherein jener bedeutende libidinöse Wert zukäme, den Freud in seiner Sexualtheorie als besondere Komponente des Sexualtriebes beschreibt (Schautrieb).

Einige klinische Beobachtungen bei der Paranoia und Paraphrenie

(Beitrag zur Psychologie der „Systembildung")

(1914)

I

Eines Tages suchte mich die Schwester eines jungen Künstlers auf und erzählte mir, daß ihr Bruder A., ein sehr begabter Mann, sich seit einiger Zeit ganz sonderbar benehme. Er hätte die Abhandlung eines Arztes über die Serumbehandlung der Tuberkulose gelesen,[1] seitdem beschäftige er sich immer nur mit sich selbst, lasse seinen Harn und sein Sputum auf abnorme Bestandteile untersuchen, und obzwar sich solche nicht vorfanden, unterzöge er sich der Serumbehandlung bei jenem Arzte. Es zeigte sich bald, daß es sich bei ihm nicht um eine einfache hypochondrische Verstimmung handelte. Nicht nur jener Aufsatz, sondern auch die Persönlichkeit jenes Arztes machte auf ihn einen ungewöhnlichen Eindruck. Als dieser den jungen Mann einmal etwas barsch anfuhr, vertiefte er sich

1) Diese Abhandlung, die fast alle nervösen und psychischen Störungen auf Tuberkulose zurückführt und demgemäß zu behandeln rät, hat meinen Psychoneurotikern viel zu schaffen gegeben.

in seinen Aufzeichnungen (die mir die Schwester zu lesen gab) in endlose Grübeleien über die Frage, wie man dieses Verhalten des Arztes mit der Tatsache, daß jener ein wirklicher Gelehrter sei (was er nicht zu bezweifeln wagte), in Einklang bringen könne. Es stellte sich dann heraus, daß seine hypochondrischen Ideen in ein größeres, philosophisches System verflochten, gleichsam in dessen Gebäude hineingebaut waren. Seit längerer Zeit interessierte sich der junge Mann für die Naturphilosophie Ostwalds, als dessen eifrigen Anhänger er sich bekannte; einen besonders tiefen Eindruck machte auf ihn die energetische Hauptidee und die starke Betonung des ökonomischen Prinzips in den Vorschlägen jenes Gelehrten. Die Sentenz, daß man mit möglichst geringer Energieausgabe möglichst viel zustande bringen soll, wollte er in seiner praktischen Lebensführung in jeder Hinsicht realisieren, verstieg sich aber dabei zu Übertreibungen, die sogar der die Intelligenz des Bruders besonders hochschätzenden Schwester sonderbar vorkamen. Solange er sich nur ungemein pünktliche schriftliche Tagesordnungen zurechtlegte, in denen jeder körperlichen und jeder Art geistiger Tätigkeit eine bestimmte Zeit eingeräumt wurde, mag er noch als besonders folgsamer Schüler seines Meisters gegolten haben; er begann aber später die Tendenz zur Sparsamkeit derart zu übertreiben, daß er sie — natürlich unbewußt — förmlich ad absurdum führte. Am auffälligsten wurde dies, als die Verquickung mit den hypochondrischen Ideen zustande kam. Er spürte in den verschiedensten Organen Parästhesien, u. a. in den Beinen, und bemerkte, daß diese schwanden, wenn er das Bein hoch hob. Um nun seine Aufmerksamkeit, deren Energie er nach seiner Überzeugung für wertvollere Leistungen als zur Perzeption körperlicher Zustände zu verwenden die Pflicht hatte, von den Empfindungen im Beine abzulenken, hieß er seine Schwester, ihm das Bein hoch zu halten, damit er sich unge-

stört in seine Gedanken — die wertvollsten Leistungen, deren er fähig war — versenken könne. Die Schwester kam diesem Wunsch öfters getreulich nach. — Allmählich kam er zur Einsicht, daß er selber eigentlich überhaupt keine andere Arbeit leisten dürfe als denken; die Ausführung seiner Ideen im einzelnen — eine untergeordnete Arbeit — müsse Leuten mit geringeren Fähigkeiten überlassen werden. So kam er dazu, sich nur mehr mit Problemstellungen zu beschäftigen, und füllte seinen Stundenplan mit der Aufgabe aus, über die letzten naturwissenschaftlichen, psychologischen und philosophischen Fragen nachzudenken. Seiner Umgebung gab er den Auftrag, in der von ihm genau vorgeschriebenen Weise für die absolute Ruhe während seiner geistigen Arbeit zu sorgen. All dies hätte seiner Familie noch keine ernstlichen Besorgnisse bereitet, hätte er — der bisher so fleißig seinen Agenden oblag — sich nicht einem völligen Nichtstun hingegeben. In seiner Anstrengung, „mit möglichst günstigem Koeffizienten" zu arbeiten, brachte er es also dazu, die nächstliegenden Aufgaben (da sie mit der Theorie der energetischen Ökonomie nicht wörtlich in Einklang zu bringen waren) zu vernachlässigen; das Gebot des möglichst ökonomischen Schaffens diente ihm also, und zwar folgerichtig, dazu, das Schaffen überhaupt aufzugeben. Er lag stundenlang untätig in gewissen künstlich hergestellten Positionen. — Diese letzteren mußte ich als eine Art katatonische Körperhaltung, die rein psychischen Symptome als Bruchstücke von hypochondrischen und Größenwahnideen auffassen und der Familie des Patienten zu verstehen geben, daß ich den Fall für eine paranoide Paraphrenie (Dem. praecox) und den jungen Mann einstweilen für anstaltsbedürftig hielte. Die Familie lehnte die Diagnose und den ärztlichen Rat zunächst ab, obzwar ich die Möglichkeit, daß es sich um einen leichten und vorübergehenden Anfall handle, offen ließ.

Bald kam aber die Schwester wieder und erzählte mir folgendes: Der Bruder ersuchte sie, sie möchte in seinem Zimmer schlafen, da er sich so wohler fühle, was seiner geistigen Leistungsfähigkeit zugute komme; die Schwester leistete diesem Ansuchen Folge. Einigemal ließ er sich bei Nacht die Beine hoch heben. Dann fing er an, der Schwester von erotischen Gelüsten und Erektionen zu sprechen, die ihn in der Arbeit störten. Zwischendurch sprach er von seinem Vater, der ihn zu streng behandelt habe, und dem gegenüber er bis jetzt lieblos gewesen sei; *jetzt* erst habe er in sich wie im Vater ihre gegenseitige Zuneigung entdeckt. Plötzlich sagte er: es sei gegen die energetische Ökonomie, wenn er seine erotischen Bedürfnisse bei fremden Frauenspersonen und für Geld befriedige; es sei doch einfacher und müheloser, dabei gefahr- und kostenlos, mit einem Worte: ökonomischer, wenn sich die Schwester, im Interesse seiner psychischen Leistungsfähigkeit und in treuer Befolgung des „energetischen Imperativs", dazu hergebe. Nach diesem Zwischenfall (den übrigens die Schwester geheimhielt) und, nachdem der Patient selbstmordverdächtige Äußerungen tat, wurde er in einer Heilanstalt interniert.

II

Ein sehr intelligenter junger Mann, B., der nebst der pünktlichen Erfüllung seiner Amtspflichten ganz bemerkenswerte dichterische Leistungen zustande brachte und dessen Entwicklungsgang ich seit mehr als vierzehn Jahren verfolge, war mir stets als einer jener Größen- und Verfolgungswahnsinnigen bekannt, die es verstehen, ihre Symptome so weit zu zügeln, daß sie in der Gesellschaft noch bestehen können. Da mir seine literarischen Arbeiten gefielen und ich einigemal sogar den — allerdings mißlungenen — Versuch machte, das Interesse maßgebender Persönlichkeiten auf ihn zu lenken, faßte er

eine ausgesprochene Sympathie zu mir. Er besuchte mich etwa einmal im Monat, erzählte mir wie einem Beichtvater seine Leiden und ging stets einigermaßen beruhigt von mir. In seiner Stellung brachten ihn die Kollegen und Vorgesetzten — wie er mir erzählte — in die peinlichsten Situationen. Er tue stets seine Pflicht, ja, meistens noch mehr, als man von ihm fordere, und doch (oder vielleicht darum!) seien sie ihm alle feindlich gesinnt. Offenbar beneide man ihn wegen seiner überlegenen Intelligenz und seiner hohen Verbindungen. Nach den Injurien befragt, die man ihm zufügte, konnte er nur geringfügige Scherze seiner Amtskollegen und eine das Maß des Gewöhnlichen nicht übersteigende Mißachtung seitens der Chefs angeben. Er rächte sich, indem er alle kleineren und größeren Versehen, Fahrlässigkeiten, Regelwidrigkeiten, angeblich auch unrechtmäßige Vorteile, die sich die anderen Beamten zuschulden kommen ließen, sich sorgsam merkte. Zeitweise, wenn seine aufgespeicherte Unzufriedenheit in offene Auflehnung ausbrach, rührte er all diese meistens längst veralteten Sachen auf, brachte sie auch dem jeweiligen Leiter des betreffenden Ressorts zur Kenntnis, wodurch er sich immer, manchmal aber auch den Kollegen und Vorgesetzten, Unannehmlichkeiten und Verweise zuzog. Es gelang ihm endlich wirklich, sich mit fast jedem zu verfeinden, und er ersparte sich so die Mühe, die Feindseligkeit seiner Amtsbrüder aus kleinen Anzeichen zu konstruieren; er machte sich gründlich verhaßt; jede Sektion freute sich, ihn loszuwerden, und benützte jeden Anlaß, ihn in eine andere Abteilung versetzen zu lassen. Nach solchen Versetzungen gab es auch bei ihm „Versetzungsbesserungen". Von jedem neuen Chef erwartete er die endliche Anerkennung seiner Vorzüge, bei jedem glaubte er unzweideutige Anzeichen besonderer Hochachtung seiner Fähigkeiten und große Sympathie zu bemerken; doch recht bald stellte es sich heraus, daß

auch der neue Chef nicht mehr tauge als die früheren. Allerdings hätten diese früheren ihn gewiß beim neuen Chef denunziert; die ganze Bande stecke ja unter einer Decke usw. Ähnlich schlecht erging es ihm in seiner literarischen Tätigkeit. Die bereits anerkannten Schriftsteller bilden — wie er mir sagte — unter sich eine Interessengemeinschaft, „eine Maffia", die junge Talente nicht aufkommen läßt. Und doch seien seine Werke den allerberühmtesten der Weltliteratur an die Seite zu stellen. — In sexueller Hinsicht war er stets ziemlich bedürfnislos. Er hat einigemal bemerkt, daß er bei Frauen ein ihm selber unerklärliches Glück hat, er gefalle allen, ohne daß er sich viel um sie kümmere, er müsse sich vor ihnen sehr in acht nehmen usw. (d. h. nebst den Verfolgungs- und Größenideen produziert er auch erotomanische).

Aus zeitweise gemachten Mitteilungen wurden mir dann auch die tieferen Schichten seiner seelischen Existenz bekannt. Er lebte unter ärmlichen Verhältnissen, was eine frühzeitige Entfremdung mit dem anfangs heißgeliebten Vater verursachte; er übertrug dann (in seiner Phantasie) die Vaterrolle auf einen Onkel, der es an Rang und literarischem Ruhm ziemlich weit brachte, doch bald mußte er einsehen, daß er von diesem Egoisten nichts zu erwarten habe, zog also seine Liebe auch von ihm zurück und machte — wie wir sahen — einerseits mißlungene Versuche, in seinen Vorgesetzten die verlorene Vaterimago wiederzufinden, andererseits zog er seine Libido narzißtisch auf sich selbst zurück und delektierte sich an den eigenen hervorragenden Eigenschaften und Leistungen.

Etwa im zwölften Jahre unserer Bekanntschaft kam es aber zum Zusammenbruch. In einer allzu heftigen Entrüstung über die vermeintliche schlechte Behandlung attackierte er tätlich seinen höchsten Vorgesetzten. Es kam zu einer langwierigen und peinlichen Untersuchung, die noch verhältnismäßig glimpf-

lich endete, der Patient wurde für „nervenkrank“ erklärt und in Pension geschickt. Zu gleicher Zeit etwa — wohl schon etwas früher, aber besonders seit seiner Entlassung aus dem Amte — fing er an, sich eingehender für die psychoanalytische Literatur zu interessieren.[1] Unter anderem las er auch meine Abhandlung über den Zusammenhang zwischen Paranoia und Homosexualität. Er stellte direkt die Frage an mich, ob ich auch ihn für einen Paranoiker und Homosexuellen halte, und machte sich mit überlegenem Humor über diese Idee lustig. Doch scheint diese Idee in ihm Wurzel gefaßt zu haben und bei seiner sonstigen Untätigkeit üppig aufgeschossen zu sein, denn eines Tages kam er ganz erregt und enthusiasmiert zu mir und erzählte, daß er mir nachträglich recht geben müsse: er war wirklich ein Verfolgungswahnsinniger; es sei wie eine Erleuchtung über ihn gekommen, daß er eigentlich innerlich ein Homosexueller sei; er erinnere sich verschiedener Vorkommnisse, die ihm das direkt bestätigten. Jetzt könne er sich seine merkwürdigen — halb ängstlichen, halb libidinösen — Sensationen erklären, die er in der Gegenwart eines älteren Gönners stets verspürte; auch verstehe er jetzt, warum er die Neigung hatte, sich mir körperlich womöglich so weit zu nähern, daß er den Hauch meines Atems zu spüren bekomme.[2] Nun wisse er auch, warum er jenen Gönner homosexueller Absichten (ihm gegenüber) beschuldigte: es war einfach der eigene Wunsch der Vater dieses Gedankens!

Ich war sehr erfreut über diese Wendung, nicht nur mit Rücksicht auf den Patienten, sondern auch, weil dieser Fall

1) Da es mir ganz aussichtslos schien, wollte ich ihn der Analyse nicht unterziehen.

2) Diese seine Eigenart ist mir tatsächlich schon früher aufgefallen und von mir im Sinne des übertragenen Erotismus gedeutet worden; natürlich hütete ich mich aber seinerzeit, ihn darauf aufmerksam zu machen und ihm das Symptom zu erklären.

meine geheime Hoffnung, daß es um die Therapie der Paranoia im allgemeinen doch nicht so ganz schlecht bestellt sei, erstarken ließ.

Tags darauf kam der Patient wieder; er war noch immer erregt, aber nicht mehr so euphorisch; er habe große Angst, sagte er mir; die homosexuellen Phantasien kämen immer unerträglicher über ihn; er sehe große Phalli vor sich, vor denen er sich ekelt; er phantasiere sich mit anderen Männern (u. a. auch mit mir) in päderastische Situationen hinein. Ich versuchte — mit Erfolg — ihn zu beruhigen, sagte ihm, daß diese Phantasien nur wegen ihrer Ungewohntheit so stark auf ihn wirken, später werde er von diesen Ideen gewiß nicht so viel zu leiden haben.

Dann hörte ich einige Tage nichts von ihm, bis mich eines seiner Familienmitglieder aufsuchte, um mir mitzuteilen, daß der Patient, der seit zwei, drei Tagen unzugänglich sei, halluziniere, vor sich hinspreche, am Vortage zuerst zu seinem Onkel, dann ins Palais eines bekannten Magnaten eingedrungen sei und dort Skandal gemacht habe. Von dort ausgewiesen, kam er nach Hause, legte sich zu Bett und wollte kein Wort mehr sprechen; zeitweise sei er aber ganz klar und versichere, es fehle ihm nichts und man soll ihn ja nicht in eine Irrenanstalt transportieren.

Ich besuchte den Patienten und fand ihn tatsächlich in tie[r] katatonischem Zustande (starre Körperhaltung, Negativismus, Unzugänglichkeit, Halluzinationen). Im ersten Momente bei meinem Eintreten schien er mich zu erkennen, reichte mir die Hand, doch sofort verfiel er wieder in den katatonischen Stupor. — Es dauerte Wochen, bis er sich in der Heilanstalt, in die er interniert wurde, allmählich etwas erholte, und Monate, bis er von dort — gebessert — entlassen werden konnte. Als ich ihn wiedersah, hatte er nicht die volle Krank-

heitseinsicht, — er objektivierte zum Teil seine paraphrenen Beeinträchtigungsgefühle, ein Teil der alten paranoischen Wahngebilde war wieder lebendig, — dagegen flüchtete er sich ängstlich vor homosexuellen Gedankenregungen, leugnete, daß er an einer Psychose leide, und glaubte nicht mehr an den kausalen Zusammenhang zwischen seinen psychischen Erlebnissen und der Homosexualität. Ich drang natürlich nicht weiter in ihn und versuchte nicht, ihm seine frühere Überzeugung wieder beizubringen. Der Patient mied mich von nun an auffällig; wie ich erfuhr, mußte er später wegen der Rezidive des Aufregungszustandes nochmals, diesmal für etwas kürzere Zeit, interniert werden.

Das Gemeinsame an den hier mitgeteilten zwei Fällen (abgesehen von der in jedem Falle von Paranoia und Paraphrenie nachweisbaren latenten Homosexualität, auf die ich hier nicht näher eingehen will)[1] ist, daß uns beide recht interessante Aufklärungen über die Rolle der Wahnsystembildungen bei der Paranoia geben. Der Patient *A* erkrankt, indem er — statt sich die Mühe zu nehmen, ein eigenes System zu konstruieren — ein fertiges philosophisches System (die Naturphilosophie Ostwalds) *en bloc* adoptiert. Philosophische Systeme, die das ganze Weltgeschehen rationell zu erklären suchen und für das Irrationelle (d. h. einstweilen Unerklärliche) keinen Raum übriglassen, wurden bekanntlich mit den paranoischen Wahnsystemen verglichen. Jedenfalls entsprechen solche Systeme ganz besonders den Bedürfnissen des Paranoikers, dessen Symptome gerade dem Zwange entspringen, die eigenen irrationellen inneren Strebungen aus dem äußeren Welt-

1) Ich verweise auf die diesbezüglichen Arbeiten von Freud (Ein autobiographisch beschriebener Fall von Paranoia, 1911, Ges. Schr., Bd. VIII) und von mir (Über die Rolle der Homosexualität usw., Bd. I dieser Sammlung).

geschehen rationell zu erklären. Es zeigt sich hier auch recht hübsch, wie das adoptierte System allmählich immer mehr dazu verwendet wird, die eigenen rein egozentrischen, verdrängten Wünsche (Nichtstun, Inzestgelüste der Schwester gegenüber) zu rationalisieren.

Der Fall *B* zeigt wiederum, wie verhängnisvoll es für einen Paranoischen sein kann, wenn ihm das System, das er sich mühevoll aufbaute und auf das gestützt er sozial noch tätig sein konnte, plötzlich entrissen wird. *B* gelang es, alle seine ethisch inkompatiblen Gelüste auf die bureaukratische Umgebung zu projizieren; er wurde zum Opfer einer systematischen Verfolgung. Aus dem Amte entlassen, wurde ihm gleichsam sein System geraubt; zufälligerweise stieß er gerade in dieser Zeit des Systemverlustes auf die psychoanalytische Literatur, die ihm — obzwar er auch früher einiges davon hörte — erst jetzt einleuchten konnte. Vorübergehend schien er geneigt, sein Verfolgungssystem mit der (nach unserer Ansicht) richtigen Einsicht in seine wahre Persönlichkeit einzutauschen, sich mit den eigenen verdrängten Komplexen zu befreunden. Doch bald zeigte es sich, daß ihm diese Einsichten allzu unerträglich waren, vor der stürmisch einsetzenden Angst mußte er sich — da er kein anderes passendes System zur Verfügung hatte und da ihm dies eine zweite neurotische Fixierungsstelle ermöglichte — in die Demenz flüchten. Er erholte sich aus dem paraphrenischen Anfall nur und insoweit, als es ihm gelang, die psychoanalytische Einsicht wieder aufzuheben und das Verfolgungssystem zu rekonstruieren. — Solche enge Beziehungen zwischen Systembildung und Paranoia erklären vielleicht auch die Tatsache, daß neuen wissenschaftlichen, z. B. physikalischen und philosophischen Systemen, Erfindungen und Theorien stets ein ganzer Troß von Psychopathen nachfolgt. In therapeutischer Hinsicht mahnt uns der Fall *B*, die pessimistische Ansicht

Freuds über die psychoanalytische Therapie der Paranoia[1] aufrechtzuerhalten.

Die eigentümliche katatonische Haltung des Patienten *A* (Liegen mit hochgehobenem Beine) verdient meiner Ansicht nach eine besondere Hervorhebung. Die Deutung dieses motorischen Symptoms machte uns der Patient leicht, indem er die Aufgabe, das Bein zu halten, der Schwester übertrug und bald darauf mit den inzestuösen Gelüsten der Schwester gegenüber offen hervortrat. Wenn wir die uns längst bekannte symbolische Identifizierung von Bein und Penis, Beinstreckung und Erektion, hinzunehmen, dürfen wir wohl jene katatonische Haltung als Ausdrucksmittel (und gleichzeitiges Abwehrmittel) der verdrängten Erektionstendenz ansehen. Es ist denkbar, daß die Sammlung ähnlicher Beobachtungen die katatonische Steifheit überhaupt in diesem Sinne aufklären wird. Zur Stütze dieser Auffassung kann ich einen dritten Fall heranziehen.

III

Ein Paraphreniker mit ungemein scharfer Fähigkeit zur Selbstbeobachtung erklärte mir spontan, daß er mit allen seinen absonderlichen katatonen Haltungen und Bewegungen erotische Empfindungen an den verschiedenen Körperstellen abzuwehren sucht. Die extreme Rumpfbeugestellung — die er minutenlang einhielt — diene ihm z. B. dazu, „die Erektion des Darmes zu knicken“.

1) Im Gegensatz zu Bjerre, der eine Paranoia analytisch geheilt haben will. (Jahrb. f. PsA., II. Bd. Dieser Fall Bjerres ist nach meiner und Freuds Ansicht keine echte Paranoia gewesen.)

Reizung der analen erogenen Zone als auslösende Ursache der Paranoia

(Beitrag zum Thema: Homosexualität und Paranoia)

(1911)

Die Analyse der Schreberschen Selbstbiographie[1] und die Untersuchung paranoischer Patienten[2] stellte die entscheidende Rolle der meist mit Hilfe der Projektion abgewehrten Homosexualität in der Pathogenese dieser Psychose fest. Seitdem hatte ich eine Reihe von Paranoischen zu beobachten Gelegenheit und bei allen ohne Ausnahme mußte ich die Krankheitssymptome als Folgeerscheinungen der zerstörten sozialen Sublimierung der Homosexualität deuten. Sie waren alle als Individuen anzusehen, deren Entwicklung vom Autoerotismus zur Objektliebe eine Störung erlitt, und die dann infolge infantiler „narzißtischer" Fixierung und späterer akzidenteller Ursachen auf die homosexuelle Stufe zurückfielen, sich aber dieser mit ihrem Bewußtsein unverträglich gewordenen Perversion erwehren mußten.

---

1) Freud, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. (Ges. Schr., Bd. VIII.)

2) Ferenczi, Die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. (Bd. I dieser Sammlung).

Eine dieser Beobachtungen will ich hier nachholen.

Ein etwa 45 Jahre alter, immer nüchtern gewesener, schwäbischer Bauer[1] wird mir als Verfolgungswahnsinniger vorgestellt. Er leide — so erzählt mir seine Frau — an der fixen Idee, daß jeder Mann, der sich ihm nähert, sein Feind sei, ihn vergiften möchte, mit den Fingern auf ihn zeige, ihn hänseln wolle. Wenn der Hahn im Hof kräht, wenn ein Fremder auf der Straße an ihm vorbeigeht, so geschehe das immer seinetwegen.

Ich frage den Patienten, wie er sich mit seiner Frau verträgt — (ich wußte, daß Eifersuchtswahnideen nicht nur bei der Alkoholparanoia vorkommen). Er wie die Frau antworteten einstimmig, daß diesbezüglich alles in Ordnung sei; sie hätten sich gern, hätten mehrere Kinder; allerdings enthalte sich Patient, seitdem er krank ist, vom Geschlechtsverkehr, aber das sei nur, weil er „andere Sorgen" habe.

Ich frage weiter, ob er sich für die Gemeindeangelegenheiten interessiere und wenn ja: ob sich darin seit seiner Krankheit nichts geändert hätte. (Ich weiß nämlich aus Erfahrung, daß die später paranoisch werdenden, gleichwie die wirklich Homosexuellen, ein ungewöhnlich hohes Maß sozialen Interesses aufbringen und betätigen, dieses aber beim Ausbruch der Paranoia ganz oder teilweise verlieren.) Die Frau antwortet mit einem lebhaft wiederholten „Ja". Ihr Mann sei „Geschworner" gewesen, als solcher immer sehr eifrig, seit seiner Krankheit kümmere er sich um die Gemeinde gar nicht.

Nun begann der Patient, der bis jetzt alles ruhig angehört und auch selbst bestätigt hatte, unruhig zu werden und sagte — darüber befragt — nach längerem Drängen, daß ich offenbar

1) In der Nähe von Budapest gibt es eine kleine Anzahl von Dörfern mit deutscher Bevölkerung. Diese ungarländischen Deutschen werden gemeinhin „Schwaben" genannt.

von seiner Frau geheime Winke bekäme, denn er könne sich nicht vorstellen, daß ich sonst alles so zutreffend hätte erraten können.

Ich setze das Verhör zunächst unter vier Augen fort, worauf mir der Patient nachträglich zugibt, daß ich auch bezüglich der Eifersucht recht gehabt hätte; er wollte es nur in Anwesenheit der Frau nicht sagen. Tatsächlich verdächtige er seine Frau insgeheim mit allen Mannspersonen, die im Hause verkehren. (Ich deutete mir die Eifersucht, unter Berücksichtigung der seit Monaten beobachteten Abstinenz, die zur Verliebtheit nicht recht paßt, als Projektion des eigenen Gefallens am männlichen Geschlecht.)

Ich frage nun, wann und unter welchen Umständen diese Veränderung in ihm und in seiner Umgebung entstand, worauf mir der Patient folgende zusammenhängende Erzählung gibt: Er sei vor einigen Monaten wegen einer Mastdarmfistel zweimal nacheinander operiert worden. Die zweite Operation habe der Arzt schlecht gemacht. Nach dieser Operation hätte er längere Zeit ein „Rumoren in der Brust" verspürt und täglich mehrere Anfälle von „Todesangst" bekommen. Er hatte dabei das Gefühl, „als ob die Fistel plötzlich in den Magen hinaufstiege und er daran sterben müßte". Von dieser Angst sei er jetzt geheilt und jetzt wollen ihn die Leute für verrückt erklären.

Die Frau und ein als Begleiter mitgekommener Bekannter bestätigten die Aussagen des Patienten und stellten insbesondere fest, daß die Wahnideen tatsächlich erst nach dem Aufhören der von der Operation ausgelösten Parästhesien und Angstzustände eingesetzt hätten. Nachträglich hätte er auch den Operateur beschuldigt, die Operation mit Absicht schlecht ausgeführt zu haben.

Nach allem, was mir über den Zusammenhang der Paranoia

und der Homosexualität bekannt war, mußte ich hier annehmen, daß die Darmerkrankung und die infolge deren notwendig gewordenen Manipulationen von Männern (Ärzten) am Mastdarm bislang latent gewesene oder sublimierte homosexuelle Neigungen des Patienten durch Wiederbelebung kindlicher Erinnerungen entfacht haben konnten. Bei der symbolischen Bedeutsamkeit des gezückten Messers schien mir insbesondere die — ohne Narkose ausgeführte — zweite Operation, bei der das schneidende Instrument tief in den Mastdarm eingeführt wurde, geeignet, die infantile Vorstellung des coitus a tergo regressiv zu beleben.

Ich machte nicht viele Umstände, sondern fragte den Patienten direkt, ob er nicht als Kind mit anderen Buben unerlaubte Dinge gemacht hätte. Die Frage überraschte ihn augenscheinlich und er ließ eine Weile auf die Antwort warten. Dann sagte er aber, — ziemlich verschämt, — daß er allerdings als fünf- bis sechsjähriger Knabe mit einem Altersgenossen, der jetzt einer seiner größten Feinde sei, ein eigentümliches Spiel zu treiben pflegte. Jener forderte ihn auf, sie möchten miteinander „Hahn und Henne" spielen. Er ging darauf ein und spielte dabei stets die passive Rolle, er war die „Henne". Der andere aber führte entweder den erigierten Penis oder den Finger in seinen Mastdarm ein; manchmal steckte er ihm Kirschen in den Anus und holte sie mit dem Finger wieder heraus. Dieses Spiel hätten sie bis zu ihrem zehnten bis elften Jahre fortgesetzt. Seitdem er aber wisse, daß solche Dinge gottlos und ekelhaft seien, tue er nie dergleichen, es sei ihm sogar diese Geschichte seitdem nie eingefallen. Er versicherte mir wiederholt, daß er jetzt dieses schändliche Tun verachte.

Diese Erinnerung beweist nun, daß unser Patient tatsächlich ungewöhnlich lange und intensiv bei der homosexuellen Objektwahl verweilte, diese aber dann energisch verdrängt, zum Teil

wohl sublimiert hatte. Die brutalen Eingriffe an seiner erogenen Analzone waren dann sehr wohl geeignet, den im Unbewußten fortlebenden Wunsch nach Wiederholung der infantil-homosexuellen Spielerei zu erwecken. Was aber damals kindische Belustigung war, — die Sexualität, — wuchs inzwischen zum impetuosen und gefährlichen Triebe eines erwachsenen, kräftigen Menschen heran. Kein Wunder, wenn sich der Patient gegen die abnorme (perverse) Verwendung solcher Libidomengen zur Wehre setzte und sie zunächst zu Parästhesien und Angst zu konvertieren, dann als Wahngebilde aus dem Ich in die Außenwelt zu projizieren suchte. Den Parästhesien, die dem Ausbruche des Verfolgungswahnes vorausgingen („Aufsteigen der Mastdarmfistel in den Magen"), entsprach wohl dieselbe unbewußte, passiv-päderastische Phantasie, die auch den Wahnvorstellungen zugrunde liegt. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß dieses Stadium den Versuch einer paraphrenischen[1] Erledigung der Homosexualität, d. h. die totale Abwendung vom Manne und die Rückkehr zum analen Autoerotismus bedeutete und daß erst mit der „Wiederkehr des Verdrängten", d. h. mit der Wiederbesetzung der lange Zeit hindurch sublimiert geliebten, dann ganz abgelehnten männlichen Objekte der Verfolgungswahn ausbrach. Der „krähende Hahn im Hofe", dem der Patient in seinen Wahnideen einen besonderen Platz einräumte, ist wohl derselbe „größte Feind", dem gegenüber er als Kind die Henne spielte.

Meine Vermutung aber, daß die Vergiftungsangst, wie in so vielen anderen Fällen, auch hier den Wunsch nach

1) Paraphrenie ist der von Freud vorgeschlagene und ob seiner Unpräjudizierlichkeit empfehlenswerte Ausdruck an Stelle der „Dementia praecox". Übrigens ist die Pathologie der paraphrenischen Psychose noch nicht so weit geklärt, daß man (z. B. in diesem Falle) die sensiblen Reizerscheinungen und die Angst nicht auch als hysterische Konversionsversuche deuten könnte.

Geschwängertwerden symbolisiert, konnte ich, da ich mit dem Patienten nur ein einziges Mal sprach, durch keine Beweise erhärten.

Über die Aussichten der Heilung des Patienten mußte ich mich sehr skeptisch äußern, ließ aber die Möglichkeit offen, daß, wenn die Mastdarmfistel ganz verheilt und so das „körperliche Entgegenkommen“ nachläßt, die Wahnvorstellungen teilweise oder ganz aufhören können und der Patient seine Sublimierungsfähigkeit (Fähigkeit zur vergeistigten Homosexualität: Freundschaft, Gemeinsinn) wiedergewinnen kann.

Wirkung der Potenzverkürzung des Mannes auf das Weib

(1908)

Die Frage nach der physiologischen und psychischen Ursache der vorschnellen Ejakulation und die Beschreibung der nervösen Zustände, die sie begleiten, hat schon eine große Literatur. Dagegen spricht man zu wenig oder gar nicht von den Folgen, die diese zeitliche Verkürzung der Kohabitation im Nerven- und Seelenleben des anderen Geschlechtes hervorruft. Wer aber, den Weisungen Freuds folgend, das Ehe- oder Sexualleben der an Angsthysterie leidenden weiblichen Patienten eingehend untersucht, wird sich überzeugen, daß die Angst, Beklemmungs- und Unruhezustände fast ausnahmslos auf sexuelles Unbefriedigtsein oder unvollkommene Befriedigung zurückzuführen sind und daß der häufigste Grund dafür die Ejaculatio praecox des Mannes ist. Doch auch abgesehen von den ausgesprochen pathologischen Fällen der Ejaculatio praecox (die mit mehreren anderen Zeichen der sexualen Neurasthenie gemeinsam aufzutreten pflegen) und abgesehen davon, daß das männliche Geschlecht im Vergleich mit dem weiblichen zumeist an relativer Ejaculatio praecox leidet, also selbst im günstigsten

Falle, wo beim Manne die Zeitdauer der Friktionen groß genug ist, stellt sich beim Weibe der Orgasmus oft nicht ein, sondern es besteht entweder volle Anästhesie oder es stellt sich zwar etwas libidinöse Irritation ein, doch bevor der Grad erreicht wäre, der zum Orgasmus nötig ist, ist der Akt durch den Mann schon beendigt, die Frau aber bleibt unbefriedigt.

Daß dieser Zustand, wenn er sich stabilisiert, zu einer zumindest funktionalen Störung führen muß, hat nur der Egoismus der Männer und der meist männlichen Ärzte übersehen können. Wir haben uns seit langem daran gewöhnt, das Recht zu sexueller Libido und zum Orgasmus nur dem Manne zuzugestehen. Wir haben uns ein Frauenideal gebildet und es auch von den Frauen annehmen lassen, bei dem vom aufrichtigen Eingestehen und der Offenbarung sexueller Begierden nie, höchstens vom passiven Dulden die Rede sein kann, das also libidinöse Strebungen, wenn sie sich bei der Frau offenbaren, einfach zu den krankhaften oder sündhaften Dingen stempelt.

Das weibliche Geschlecht, das sich in Bezug auf Moral wie auch in anderen Relationen den Anschauungen der Männer unterwirft, hat sich jenes Ideal so sehr zu eigen gemacht, daß es ein gegenteiliges Verhalten für die eigene Person selbst in Gedanken für unmöglich hält. Es kommt vor, daß eine an schwerster Angst leidende Frau, der, wie es sich beim Fragen herausstellt, keine anderen als frustrane Erregungen zuteil wurden, sich lebhaft und mit aufrichtiger Empörung gegen das Ansinnen wehrt, daß sie „eine solche" wäre, der „so etwas" abgeht. Nicht nur, daß sie sich nicht danach sehnt, sagt sie gewöhnlich, — sondern sie betrachte „die ganze Geschichte" eher als etwas Unangenehmes, eine für sie lästige Prozedur, der sie gerne entsagen würde, wenn es nur der Mann nicht forderte.

Die erweckten und unbefriedigten Triebe lassen sich aber durch moralische Regeln allein nicht gut erledigen; der sexuelle Wunsch, dem die Satisfaktion regelmäßig versagt bleibt, lebt sich in unangenehmen Charakterzügen des Weibes aus, bei dazu disponierten Individuen löst er aber auch eine Angstneurose, Hysterie oder Zwangskrankheit aus.[1]

Gäben die Männer ihre egoistische Denkweise auf und stellten sie sich ein Leben vor, in dem *sie* den Akt immer unterbrechen müßten, bevor der Ausgleich der libidinösen Spannung eingetreten ist, so bekämen sie einen Begriff vom sexualen Martyrium des weiblichen Geschlechtes, das — ein verzweifeltes Dilemma — zwischen Selbstachtung und voller Befriedigung zu wählen hat. Sie würden es dann leichter begreifen, warum ein so großer Teil der Frauen vor diesem Dilemma in die Krankheit flüchtet.

Unser teleologisch gerichtetes Denken kann sich aber schwer dareinfinden, daß in der „besten der möglichen Welten“, bei einer so elementaren organischen Funktion eine solche Differenz zwischen der Zeit, die zur Befriedigung der beiden Geschlechter nötig ist, natürlich sein könne. Und die nähere Untersuchung zeigt uns auch, daß nicht so sehr die organische Verschiedenheit, als vielmehr die Verschiedenheit der Lebensumstände der beiden Geschlechter, die Verschiedenheit in der Größe des kulturellen Druckes, der auf beiden lastet, diesen „Dischronismus“ in der Sexualität der Ehegenossen erklärt.

Die Mehrzahl der Männer heiratet nach mehr oder weniger (eher mehr) sexueller Betätigung, und die Erfahrung zeigt, daß auf diesem Gebiet die Gewohnheit nicht eine Erhöhung der Reizschwelle, sondern im Gegenteil vorschnelle Ejakulation nach sich zieht. Nicht unwesentliche Steigerung erfährt diese

1) Der Instinkt der Frau hat auch darin recht, daß die volle Abstinenz die Nerven weniger angreift als die frustrane Erregung.

Beschleunigung der Ejakulation bei der Mehrzahl der Männer durch die juvenile Masturbation. So kommt es dann, daß die Männer zumeist mit einer Art Potenzverkürzung heiraten.

Demgegenüber wird vom weiblichen Geschlecht in den Mädchenjahren jede sexuelle Regung nicht nur in der Realität, sondern auch in der Phantasie methodisch ferngehalten; die häusliche Erziehung sorgt dafür, daß das Mädchen alles, was mit Sexualität zusammenhängt, ekelhaft und verächtlich findet. Das heiratsfähige Weib wird infolgedessen im Vergleich zu ihrem Mann in sexueller Hinsicht wenn nicht anästhetisch, so doch relativ hypästhetisch sein. Aber auch die Masturbation hat bei Frauen eine gegensätzliche d. h. den Orgasmus störende, hinausschiebende Wirkung.

Ich fühle mich nicht berufen, die soziologischen Konsequenzen aus diesen Tatsachen zu ziehen und zu entscheiden, ob der im Rechte ist, der auch von den Männern bis zur Ehe Keuschheit verlangt, oder der, der die Frauen sexuell emanzipieren will.[1] Der Hygieniker dürfte mehr Sympathie für die Richtung hegen, von der die Verminderung der weiblichen Hysterie zu erwarten ist, als für die, die die Hysterie auch in das männliche Geschlecht hineintragen will.

Doch ich denke nicht, daß man nur zwischen diesen zwei Extremen zu wählen hat. Es muß einen Weg geben, der es gestattet, dem sexuellen Interesse der Frau mehr als bisher gerecht zu werden, ohne die auf die Familie gegründete soziale Ordnung zu zerstören.

Der erste zaghafte Schritt in dieser Richtung ist die rechtzeitige sexuelle Aufklärung der Frauen. Wenn auch in dieser Hinsicht viel naive und unverständige Vorschläge auftauchen,

1) Ich denke, die Frauen sind im Unrecht, wenn sie das politische Wahlrecht für die Arznei aller ihrer Leiden ansehen. Es wäre natürlicher, wenn sie das sexuelle Wahlrecht forderten.

sie tragen alle bei zu dem allmählichen Bruch mit dem auch heute noch verbreiteten brutalen Usus, daß ein in sexuellen Dingen ganz unerfahrenes, unvorbereitetes und verängstigtes Weib am Tage der Eheschließung einfach dem Manne ausgeliefert wird.

Solange solche Verhältnisse herrschen, dürfen wir uns darüber nicht wundern, daß die relativ zu schnelle Ejakulation des Mannes und die verhältnismäßige Anästhesie der Frau im Eheleben in einen solchen Gegensatz zueinander treten und daß infolge der „Vorbildlichkeit der Sexualität" die „glücklichen Ehen" so selten sind.

Soziale Gesichtspunkte bei Psychoanalysen

(1922)

I

Der „Familienroman der Erniedrigung"

Vor Jahren wurde ich telegraphisch in einen fashionablen Winterkurort zu einer jungen Komtesse als Consilarius berufen. Diese Berufung überraschte mich nicht wenig, erstens weil man, besonders damals, in aristokratischen Kreisen der Psychoanalyse im allgemeinen sehr wenig Interesse entgegenbrachte, dann auch, weil auch der mir übrigens befreundete Kollege, ein älterer Privatdozent der Chirurgie, gleichfalls kein Freund unserer Wissenschaft war. Das Rätsel löste sich aber, sobald mir nach meiner Ankunft die Krankengeschichte erzählt wurde. Die junge Gräfin hatte sich beim Rodeln ein Bein gebrochen, sei dabei bewußtlos geworden und habe in diesem Zustand laut die greulichsten und obszönsten Flüche, Schimpfworte und Redensarten herausgeschrien; dieser Sonderzustand habe sich seitdem einigemal wiederholt. „Das dürfte wohl doch ein Hysteriefall mit Freudscher Ätiologie sein," sagte sich der Kollege und ließ mich kommen.

Am anderen und dem darauffolgenden Tage hatte ich Gelegenheit, eine gleichsam psychoanalytisch gefärbte Anamnese des Falles

aufzunehmen. Die Patientin war eine neunzehnjährige hübsche Person, von dem etwas weichlichen Vater verzärtelt, von der Mutter strenger, aber vorsorglich und liebevoll behandelt. Ihre Übertragung galt bereits ganz ausgesprochen dem sie behandelnden Chirurgen, der ihr vor etwa acht Tagen den Gipsverband anlegte; mir gegenüber benahm sie sich viel reservierter, immerhin konnte ich mit Hilfe des Kollegen und der Eltern folgende Antezedentien feststellen: Die Patientin benahm seit jeher etwas sonderbar. Wenn irgend möglich, flüchtete sie sich aus den herrschaftlichen Appartements des Kastells, das sie bewohnten, ins Dienstbotenzimmer, wo sie sich besonders an eine Amme attachierte, die sie seit ihrer frühesten Kindheit betreut hatte. Auch nachdem diese Amme aus dieser Stellung schied und in einem entlegenen Nebenhause des Gutes Unterkunft fand, besuchte die Patientin, die inzwischen das Alter von 16 bis 18 Jahren erreichte, diese Vertrauensperson immer wieder, ja sie brachte gegen den Wunsch der Eltern ganze Tage bei ihr zu, war ihr bei den häuslichen Arbeiten, auch den niedrigsten, wie Scheuern der Dielen, Füttern des Viehes, Reinigung des Kuhstalles usw. behilflich. Nichts war ihr verhaßter als die Gesellschaft ihrer eigenen Klasse; sie war nur mit Not und Mühe dazuzubringen, die unvermeidlichsten Besuche zu machen und zu empfangen. Ganz annehmbare aristokratische Bewerber wies sie ziemlich unwirsch ab.

Vor einigen Jahren hatte sie eine Neurose durchgemacht, die mir die Mutter folgendermaßen schilderte: Plötzlich wurde die Patientin deprimiert, war stets verweint, verriet aber den Anlaß ihres Kummers niemandem. Die Mutter nahm sie mit nach Wien, in der Hoffnung, sie durch Unterhaltung aufzuheitern; ihr Gemütszustand besserte sich aber auch dort nicht. Eines Nachts kam sie weinend ins Schlafzimmer der Mutter, schlüpfte in ihr Bett und eröffnete ihr ihr Herz. Sie leide, sagte sie, an einer

furchtbaren Angst, sie fürchte, man habe sie im bewußtlosen Zustande vergewaltigt. Das hätte sich auf ihrem Landgut zugetragen, als sie die Mutter einmal zur Bahn begleitete. Nach der Abreise der Mutter bestieg sie den Wagen und langte bald beim nahen Kastell an, die Rückfahrt kann nicht mehr als fünf Minuten gedauert haben. Aber unterwegs sei ihr nicht wohl gewesen, wahrscheinlich war sie sogar vorübergehend bewußtlos und diesen Zustand hätte der Kutscher zum besagten Attentat benützen können. Ob der Kutscher ihr wirklich etwas angetan hätte, daran könne sie sich nicht erinnern; sie weiß nur, daß, als sie erwachte, der Kutscher etwas zu ihr sagte, sie wisse nicht was. Die Mutter suchte sie zu beruhigen und setzte ihr auseinander, daß ihre Angst schon darum ganz grundlos sein müsse, da doch eine solche Tat bei Tage, im offenen Wagen, auf der lebhaft befahrenen Landstraße ganz unmöglich hätte ausgeführt werden können. Die nervöse Aufregung der Patientin legte sich aber erst, nachdem sie die Mutter von einer ganzen Reihe hervorragender Frauenärzte untersuchen ließ, die alle erklärten, daß sie körperlich unberührt sei.

Während meines zwei Tage dauernden Aufenthaltes im Kurort konnte ich mich vergewissern, daß es sich um einen Fall von traumatisch exazerbierter Hysterie handelt, daß die rohen Flüche der Patientin irgendwie mit ihren bäuerischen Passionen und jener Vergewaltigungsphantasie zusammenhängen und daß der Fall nur psychoanalytisch aufgeklärt werden kann. Soviel konnte ich aber schon nach dem Gehörten vermutungsweise angeben, daß sich die Patientin, was übrigens auch von Augenzeugen bestätigt wurde, den Beinbruch durch Mutwillen, vielleicht aus irgendwelcher Selbstbestrafungstendenz, zuzog.

Später erfuhr ich, daß sich die Patientin statt der vorgeschlagenen psychischen Kur zur Nachbehandlung ihres Unterschenkels in ein Sanatorium aufnehmen ließ, sich seither immer

mehr für die Chirurgie interessierte, im Kriege sich als Pflegerin betätigte und trotz des Einspruches der Eltern einen jungen Chirurgen jüdischer Abstammung heiratete.

Ich war also nicht in der Lage, die Lücken dieser Krankengeschichte analytisch auszufüllen, mußte mir aber dennoch sagen, daß es sich hier unverkennbar um einen Fall von umgekehrtem neurotischen Familienroman, um einen „Familienroman der Erniedrigung" handelte. Die geläufigen Familienromane der Neurotiker sind bekanntlich Größenphantasien über Rangerhöhungen der Eltern, die aus bescheiden bürgerlichen oder ärmlichen Verhältnissen zu aristokratischer oder gar königlicher Würde erhoben werden; ganz analoge Familienromane wiesen die psychoanalytischen Mythenforschungen Ranks in den bekanntesten Heldenmythen (Moses, Ödipus, Romulus und Remus usw.) nach, die alle, von vornehmen Eltern stammend, ausgesetzt, von armen Bauern oder gar von Tieren aufgezogen, schließlich doch wieder zu Ansehen gelangen. Nach Ranks sehr plausibler Auffassung sind die tierischen, bezw. bäuerischen Pflegeeltern eines- und die vornehmen Eltern anderenteils nur Doublettierungen der Imagines der Eltern überhaupt.

Während also im Mythos die „primitiven" Eltern gewöhnlich als Vorläufigkeiten behandelt werden und den Vornehmen den Platz räumen müssen, sehnt sich meine Neurotika aus der vornehmen Welt in eine primitive zurück. Dieser anscheinend unsinnige Wunsch steht aber durchaus nicht vereinzelt da. Ich weiß es aus einer ganzen Reihe von Kleinkindergeschichten, daß sich sehr viele Kinder unter Bauern, Dienstboten, kleineren Leuten wohler fühlen als in der eigenen, viel feineren Häuslichkeit. Nicht selten zeigt sich eine besondere Sehnsucht der Kinder, das Nomadenleben der Zigeuner zu führen oder gar in ein Tier verwandelt zu werden. In diesen Fällen ist es das unverhüllte, noch dazu inzestuöse Liebesleben, das auf die Kinder verlockend

wirkt und dem zu Liebe sie sogar auf Rang und Wohlstand verzichten möchten. Man könnte also in diesem Sinne ebensowohl von hilfreichen Dienstboten und Zigeunern reden, die dem Kind in seiner sexuellen Not beistehen, wie so oft die „hilfreichen Tiere" in den Märchen.

Bekanntlich setzt sich manchmal diese Tendenz der Rückkehr zur Natur später auch in der Realität durch; die vielen und gerne weitererzählten Geschichten von Verhältnissen zwischen Gräfinnen und Kutschern oder Chauffeuren, zwischen Prinzessinnen und Zigeunern verdanken also allgemein-menschlichen Strebungen das große Interesse, das sie erwecken.

II

Psychische Erkrankung als Folge des sozialen Aufstiegs

Ich verfüge über eine kleine Beobachtungsreihe von Neurosenfällen, in denen unter den krankmachenden Ursachen dem Umstande, daß die Patienten in früher Kindheit, meist während der sexuellen Latenzzeit, mit ihrer Familie sozial höher stiegen, große Bedeutung zugeschrieben werden mußte. Drei dieser Fälle betrafen Männer, die an sexueller Impotenz litten, eine Patientin litt an Tic convulsif. Von den drei Impotenten waren zwei Vettern, deren Väter zur selben Zeit wohlhabend und „fein" wurden, zu einer Zeit, wo ihre Söhne 7 bis 9 Jahre alt waren. Alle drei Impotenten machten eine außerordentlich wilde und üppige, polymorph-perverse infantile Sexualität durch, an deren Entfaltung sie durch keine Aufsicht, keine Konvention gehindert waren. Im besagten Alter kamen sie in ganz ungewohnt feine Verhältnisse, zum Teile mußten sie sogar den vertrauten ländlichen Aufenthalt mit dem städtischen oder großstädtischen Leben vertauschen. Sie büßten bei diesem Wechsel ihren früheren Wagemut und ihre Selbstsicherheit ein, denn gerade wegen ihrer Ausgelassenheit mußten sie besonders starke

Reaktionsbildungen entwickeln, wollten sie den Ichidealen eines neuen, vornehmeren Milieus auch nur halbwegs entsprechen. Kein Wunder, daß dieser Verdrängungsschub gerade die sexuelle Aggressivität und die genitale Leistungsfähigkeit am stärksten in Mitleidenschaft zog.

Schon bei diesen Patienten, noch mehr aber bei der Tic-Kranken konnte ich einen das Maß des Normalen weit übersteigenden Narzißmus konstatieren, der sich in hochgradiger Empfindlichkeit äußerte. Die geringste Nachlässigkeit beim Grüßen legten sie als Beleidigung aus; sie alle hatten den „Komplex des Geladen-sein-wollens" und konnten jemanden wegen Hintansetzung ihrer Person zeitlebens hassen. Natürlich steckte hinter dieser Empfindlichkeit das Gefühl der eigenen sozialen Schwächen, besonders aber das unbewußte Wirken der perversen Sexualregungen. Die Tic-Kranke und einer der Sexual-Impotenten hatten auch das gemein, daß sie in der Latenzzeit nicht nur sozial, sondern gleichsam auch moralisch höher stiegen, indem gleichzeitig auch die Illegitimität ihrer Herkunft korrigiert wurde. Eine jüngere Schwester der Tic-Kranken, ältere und jüngere Brüder eines der Impotenten blieben von der Erkrankung verschont, vielleicht weil sie noch vor Abschluß der infantilen Sexualperioden oder schon zu Beginn der Pubertät den großen Milieuwechsel mitmachten, der ihnen also nicht mehr schaden konnte. Die Latenzzeit hat ungeheure Bedeutung als die Zeit der Festlegung der Charakterzüge und der Statuierung des Ichideals. Die Störung der Einheitlichkeit dieses Prozesses etwa durch Änderung des moralischen Standard of life mag häufiger, als wir es bisher ahnten, bei den unvermeidlichen Konflikten zwischen Ich und Sexualität, zu neurotischer Erkrankung führen.

Register

dynamische Neurosenformel. Erotisierung des Strafbedürfnisses. Die Herkunft des Gewissens. Die Rolle des Leidens in Religion u. Erziehung. Die psychische Grundlage des Strafsystems in der Gesellschaft. Das unvermeidliche Nacheinander von Lust u. Unlust. Die biologische Wurzel der Unlusterwartungen. Festhalten an alten Befriedigungsarten. — VI) Das ätiologische Problem der Neurosen. Die Sublimierungen. Die übermäßige Einschränkung des Trieblebens. Verwöhnung u. Überstrenge. Die frühzeitigsten Triebbeeinträchtigungen. Kriminalität. Verzicht auf reale Befriedigung Zeichen der „Schwäche". Das Urgesetz des Gewissens. — VII) Triebmischungen. Ein Fall von masochistischen Transvestitismus. Die sadistische Komponente der Moral. Jugenderinnerungen. Wirkung der Todesnachricht. Die Strafe als Maske für Lustbefriedigungen. Die Perversion als Schutz vor Selbstzerstörung. — VIII) Triebmischungen und Triebrichtungen. Eine allgemeine Krankheitstheorie auf Grundlage der Trieblehre von Freud. Der invertierte Ödipuskomplex. Die Rückwendung des Hasses in der Melancholie Masochismus u. Homosexualität. — IX) Die Triebgrundlagen der Neurosen. Die Persönlichkeitsbildung. Die einzelnen Neurosen im Lichte der Trieblehre.

Wie man Psychologe wird

von

Theodor Reik

Geheftet M. 3.60, Ganzleinen M. 5.—

Inhalt: I) Wie man Psychologe wird. — II) Psychologie und Depersonalisation. — III) Die psychologische Bedeutung des Schweigens.





